

Mestrado em Enfermagem Comunitária

A sobrecarga do Cuidador Informal e o
seu estado de humor

Hugo Miguel Ribeiro Caldeira

maio | 2020



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

A sobrecarga do Cuidador Informal e o seu estado de humor

Hugo Miguel Ribeiro Caldeira

**Guarda
2020**



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

A sobrecarga do Cuidador Informal e o seu estado de humor

Hugo Miguel Ribeiro Caldeira

Orientador: Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo

Coorientador: Professor Especialista Manuel Nascimento Silva Paulino

**Guarda
2020**

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

DGS – Direção Geral de Saúde

ESC – Escala da Sobrecarga do Cuidador

OE – Ordem dos Enfermeiros

POMS – Escala de Perfil de Estados de Humor

SPSS – Statistical Package for Social Science

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – World Health Organization

Ao longo da elaboração deste trabalho foram imensas as pessoas que se cruzaram no percurso e permitiram a sua conclusão. Assim sendo agradeço:

- Ao Professor Doutor Ezequiel Carrondo e ao Professor Manuel Paulino;
- A todos os colegas de profissão que me apoiaram na recolha de dados e orientaram a chegar ao domicílio dos Cuidadores Informais;
- A todos os Cuidadores Informais que aceitaram participar no estudo;
- Aos autores das escalas que facultaram a sua utilização gratuitamente;
- Aos colegas de Mestrado;
- À minha mulher e aos meus filhos;
- Aos meus pais e irmã;
- Aos meus sogros.

ÍNDICE DE TABELAS

página

Tabela 1- Interpretação do coeficiente de correlação	45
Tabela 2- Caracterização dos Cuidadores Informais (n=101)	48
Tabela 3- Resultados da Escala de Sobrecarga do Cuidador (n=101).....	50
Tabela 4- Resultados obtidos em cada uma das dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101)	51
Tabela 5- Resultados da avaliação do Perfil de Estados de Humor (n=101)	52
Tabela 6- Resultados do Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 (n=101)	54
Tabela 7- Resultados das dimensões do Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 (n=101) ..	55
Tabela 8- Resultados da avaliação da normalidade da distribuição nas dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101).....	55
Tabela 9- Correlação entre a idade do cuidador e as dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101)	56
Tabela 10- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base no género do cuidador (n=101)	57
Tabela 11- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base no estado civil do Cuidador Informal (n=101)	57
Tabela 12- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base na formação literária do cuidador (n=101).....	58
Tabela 13- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base na situação ocupacional do cuidador (n=101).....	59
Tabela 14- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base na relação com a pessoa que cuida (n=101)	60
Tabela 15- Correlação entre a Escala de Sobrecarga do Cuidador e as dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101).....	61
Tabela 16- Correlação entre as dimensões da personalidade do Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 e as dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101)	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

página

Gráfico 1- Distribuição da amostra pelas UCSP da ULS (n=101)	41
Gráfico 2- Níveis de sobrecarga dos Cuidadores Informais (n=101).....	49
Gráfico 3- Distribuição dos Cuidadores Informais pelos estados de humor (n=101)	52

RESUMO

O Cuidador Informal tem um papel de extrema importância na sociedade, embora só muito recentemente tenha sido reconhecido de forma legal em Portugal. Sendo a prestação de cuidados desgastante, causadora de *stress* e de sobrecarga, o estado de Humor poderá condicionar a experiência dos Cuidadores Informais no processo de cuidar bem como na sua vida pessoal.

Com este trabalho pretendeu-se conhecer o impacto da sobrecarga do Cuidador Informal da pessoa dependente no seu estado de humor, decorrente do processo de cuidar, residente na área de influência de uma Unidade Local de Saúde da região centro. E para o concretizar realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

A recolha de dados foi feita através da aplicação de formulário que continha a caracterização sociodemográfica do Cuidador Informal, a Escala da Sobrecarga do Cuidador (*ESC*), o Perfil de Estados de Humor (*POMS*), o Inventário da Personalidade (*NEO-FFI-20*) e o Índice de *BARTHEL*. A amostra foi não probabilística por conveniência, tendo sido constituída por 101 Cuidadores Informais de pessoas dependentes, inscritos nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de uma Unidade Local de Saúde da região centro.

Os resultados sugerem que o perfil do Cuidador Informal é caracterizado por ser mulher, casada e filha da pessoa dependente, com o 1º Ciclo do Ensino Básico e aposentadas. 41,6% dos Cuidadores Informais encontravam-se em sobrecarga intensa; a dimensão com pontuação mais elevada foi “vigor-atividade”; nas dimensões da personalidade destacou-se a predominância da “conscienciosidade”, “amabilidade” e “extroversão”. Verificou-se que os Cuidadores Informais mais velhos tendem a ser mais depressivos e a apresentar mais fadiga. Os que não sabem ler nem escrever apresentam níveis de “depressão-melancolia” e “hostilidade-ira” superiores a Cuidadores Informais com o 12º. Ano; os cônjuges ou companheiros apresentam níveis de “depressão-melancolia” superiores a amigos ou vizinhos e a filhos; Cuidadores Informais cônjuges ou companheiros apresentam níveis de “confusão-desorientação” superior a Cuidadores Informais filhos.

O aumento do nível de sobrecarga estava associado ao aumento das dimensões “depressão-melancolia”, “fadiga-inércia”.

Os resultados obtidos sugerem que, Cuidadores Informais extrovertidos são menos ansiosos, menos depressivos, menos desorientados, menos desajustados e mais vigorosos; os mais amáveis são menos ansiosos, menos hostis e menos confusos/desorientados; os mais conscienciosos são geralmente mais vigorosos e menos confusos e desorientados.

Palavras chave: Cuidador Informal, Sobrecarga, Humor, Enfermeiro de Família

ABSTRACT

Informal Caregivers play an extremely important role in society, although it has only recently been legally recognized in Portugal. Caregiving is exhausting, causes stress and overload, mood may condition the experience of Informal Caregivers in the care process as well as in their personal life.

The aim of this work was to understand the impact of the overload of the dependent person's Informal Caregiver on their mood, resulting from the care process, living in the area of influence of a Local Health Unit in the Central Region of Portugal. And to achieve this, a quantitative, transversal, descriptive and correlational study was carried out.

Data collection was performed through the application of a form that contained the sociodemographic characterization of the Informal Caregiver, the Caregiver Burden Scale (CBS), the Profile of Mood States (POMS), the Personality Inventory (NEO-FFI-20) and the BARTHEL Index. The sampling method, was non-probabilistic sampling of convenience, consisting of 101 informal caregivers of dependent people, enrolled in the Personalized Health Care Units of a Local Health Unit in the Central Region of Portugal.

The results suggest that the profile of the Informal Caregiver is characterized by being female, who is married and is the daughter or son of the dependent person, with basic education and retirees. 41.6% of Informal Caregivers were in severe overload; the dimension with the highest score was “energy-activity”; in the personality dimensions, the predominance of “conscientiousness”, “kindness” and “extraversion” were highlighted. It was found that older informal caregivers tend to be more depressed and have more fatigue. Those who cannot read or write have levels of "depression-melancholy" and "hostility-anger" higher than Informal Caregivers with 12 years of schooling; spouses or partners have higher levels of "depression-melancholy" than friends or neighbours and sons or daughters; Informal Caregivers spouses or partners have higher levels of “confusion-disorientation” than Informal Caregivers who are sons or daughters.

The increase in the level of overload was associated with the increase in the dimensions "depression-melancholy", "fatigue-inertia".

The results obtained suggest that, Extroverted Informal Caregivers are less anxious, less depressed, less disoriented, less misfit and more vigorous; the kinder ones are less anxious, less hostile and less confused / disoriented; the most conscientious are generally more vigorous and less confused and disoriented.

Keywords: Informal Caregiver, Overload, Mood, Family Nurse.

ÍNDICE

página

INTRODUÇÃO	9
1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
1.1- O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL	13
1.2- O CUIDAR DA PESSOA DEPENDENTE	17
1.3- A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	20
1.4- O ESTADO DE HUMOR DO CUIDADOR INFORMAL	24
1.5- A PERSONALIDADE E SUA INFLUÊNCIA NO ESTADO DE HUMOR	26
1.6- A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	31
2- METODOLOGIA	38
2.1- PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS	38
2.2- TIPO DE ESTUDO	39
2.3- HIPÓTESES	39
2.4- VARIÁVEIS	40
2.5- POPULAÇÃO E AMOSTRA	40
2.6- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	41
2.7- RECOLHA DE DADOS	44
2.8- ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
2.9- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	46
3- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	47
3.1- ANÁLISE DESCRITIVA	47
3.2- ANÁLISE INFERENCIAL	55
3.3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
CONCLUSÕES.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	80
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO	86
ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	89
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS.....	91

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida leva a que as doenças crónicas aumentem, contribuindo para o aumento das limitações físicas e consequentemente um maior grau de dependência. Assim a existência de pessoas dependentes é uma realidade e não há forma de o evitar. Está presente em todas as comunidades, em todos os países, com uma prevalência crescente e Portugal não é exceção. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) (2017), Portugal é o quarto país da União Europeia, entre os 27 estados membros, com maior percentagem de indivíduos idosos, sendo apenas ultrapassado pela Grécia, Alemanha e Itália.

Assiste-se na Europa a profundas transformações demográficas, sendo possível verificar o aumento da longevidade da população idosa e a redução da natalidade, verificando-se a mesma tendência em Portugal. As pessoas com sessenta e cinco ou mais anos de vida representavam 21,3% de toda a população residente em Portugal (10.283.822), e a esperança média de vida à nascença é de 81,6 anos para os homens e mulheres. O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para os 157% em 2019 (Pordata, 2019). Este facto exerce um forte impacto na sociedade de tal forma que exige adaptações e respostas a diversos níveis nos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes.

Sendo o envelhecimento um fenómeno transversal a todos os seres humanos é de extrema importância a envolvimento de todos os setores sociais exigindo a sua intervenção e responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e sobretudo o envolvimento das famílias, conviventes diretos e profissionais de saúde. O desafio está lançado principalmente para os profissionais dos cuidados de saúde primários que no terreno deverão implementar as melhores estratégias de intervenção comunitária que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades das pessoas dependentes (DGS, 2017).

A dignificação da pessoa humana está prevista no artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa, sob a epígrafe “terceira idade”, onde se afirma que as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social, como o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade.

Recentemente, a Assembleia da República aprovou a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que regula o Estatuto do Cuidador Informal, prevendo os seus direitos e deveres, bem como os da pessoa cuidada. Foi publicado a 10 de janeiro de 2020 no Diário da República 1.^a

série a Portaria n.º 2/2020, que regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do estatuto do Cuidador Informal. Para definir os termos e as condições de implementação dos projetos-piloto previstos no Estatuto do Cuidador Informal, bem como os territórios onde se irão desenvolver, aprovados na referida Lei, foi publicado a 10 de março de 2020 no Diário da República 1.ª série a Portaria n.º 64/2020. Estes documentos são um passo importante no reconhecimento do papel desempenhado para todas estas pessoas. São inúmeras as razões por que, cada vez mais se dá importância ao *cuidar em família*, entre as quais se destacam: o progressivo e significativo aumento de pessoas com dependência (idade avançada, doenças crónicas) que necessitam de um apoio integral e contínuo que muitas vezes os Cuidadores Informais não conseguem satisfazer; a ideia de que a família é origem do bem-estar e qualidade de vida para as pessoas dependentes, uma vez que a vida em família e as relações de afeto proporcionam segurança. Habitualmente, quando uma pessoa necessita de apoio para o seu autocuidado, encontra naturalmente no seio da sua família o apoio necessário (Riera e Casado, 2014).

O provimento de cuidados informais ostenta inúmeros desafios, nomeadamente ao nível de alterações da rotina diária, profissional, na saúde e no campo social (Santos, 2008).

André (2014) acrescenta que o cuidado informal se reveste de crescente importância social e humana na sociedade contemporânea, bem como de pertinência científica. É um tema abordado por inúmeros investigadores de diferentes áreas de conhecimento.

Perante estes factos a escolha desta temática para estudo mostra-se bastante pertinente e interessante, pois as pessoas com dependência são por si só um grupo vulnerável da sociedade, com tendência a aumentar a sua percentagem. Do aumento da esperança média de vida pode incorrer um aumento do grau de dependência e de pluridiagnósticos, em muitos casos de doenças crónicas. Aumentar o apoio oferecido ao Cuidador Informal e rede familiar poderá contribuir para melhorar a autonomia e assistência a pessoas com dependência.

No quotidiano da prática de enfermagem depara-se, sucessivamente, com pessoas com algum grau de dependência que dependem cada vez mais de Cuidadores Informais para serem cuidados ou simplesmente orientados. Estes, muitas vezes, encontram-se exaustos e sobrecarregados devido à multiplicidade de papéis familiares e sociais que acumulam, levando inevitavelmente a alterações do estado de humor. O estado de humor é, de acordo com José e Parreira (2008), um fenómeno complexo, individual, intimamente ligado ao bem-estar e desempenha um papel muito importante na vida dos indivíduos, reconhecido por ser um mecanismo útil para lidar com situações da vida difíceis.

Segundo Albuquerque (2011), o Cuidador Informal deve ser acompanhado desde o início da sua formalização, para se diagnosticar o mais prematuramente as suas dificuldades, minimizando o risco de apresentar sobrecarga elevada, evitando-se o comprometimento da sua função, da sua saúde e da saúde da pessoa cuidada. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é de extrema importância, uma vez que este deve saber aproveitar ao máximo os diferentes recursos da comunidade informando o Cuidador Informal da existência dos mesmos. A alta do doente deveria ser sempre planeada juntamente com o enfermeiro de saúde comunitária de modo a este poder identificar quais as necessidades que o doente poderá necessitar no domicílio e também dar continuidade ao processo de prestação dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim sendo, as pessoas com dependência são neste momento um grupo de grande vulnerabilidade à doença, pelo que se sentiu a necessidade de prestar especial atenção também ao Cuidador Informal, que por vezes se encontra em situação de grande vulnerabilidade e fragilidade.

Perante esta problemática, coloca-se a questão sobre qual o impacto da sobrecarga do Cuidador Informal da pessoa dependente no seu estado de humor, decorrente do processo de cuidar?

Pretende-se com este estudo contribuir para um melhor conhecimento do impacto que a perceção de sobrecarga do Cuidador Informal da pessoa dependente tem no seu estado de humor, decorrente do processo de cuidar. Para o concretizar traçaram-se alguns objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico dos Cuidadores Informais residentes na área de intervenção de uma Unidade Local de Saúde da região centro;
- Avaliar a Sobrecarga dos Cuidadores Informais que cuidam de pessoas dependentes;
- Avaliar o estado de humor dos Cuidadores Informais;
- Avaliar as dimensões básicas da personalidade dos Cuidadores Informais;
- Verificar a relação existente entre o perfil sociodemográfico do Cuidador Informal e o seu estado de humor;
- Verificar a relação existente entre a sobrecarga do Cuidador Informal e o seu estado de humor;
- Verificar a relação existente entre a personalidade do Cuidador Informal e o seu estado de humor.

Para o executar construiu-se um estudo quantitativo, transversal descritivo e correlacional, sustentado num formulário que continha a caracterização sociodemográfica do

Cuidador Informal, a Escala da Sobrecarga do Cuidador (*ESC*), a Escala de Perfil de Estados de Humor (*POMS*), o Questionário do Inventário da Personalidade (*NEO-FFI-20*) e o Índice de *BARTHEL*. Obteve-se uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 101 indivíduos Cuidadores Informais de pessoas dependentes inscritos nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de uma Unidade Local de Saúde da região centro.

Este estudo encontra-se dividido estruturalmente em três capítulos. O primeiro integra a fundamentação teórica, o segundo a metodologia utilizada no estudo e por último a apresentação e análise dos resultados.

1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste primeiro capítulo descreve-se o processo de transição para o papel de Cuidador Informal e define-se Cuidador Informal. É efetuada uma abordagem ao cuidar da pessoa dependente, à sobrecarga do Cuidador Informal, ao estado de humor, bem como, às dimensões básicas da personalidade e a sua influência no estado de humor. No final, evidencia-se a intervenção do Enfermeiro de Família ao Cuidador Informal.

1.1- O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), um Cuidador Informal define-se como a pessoa que providencia cuidados não pagos a uma pessoa dependente que requer ajuda nas suas atividades de vida e necessidades pessoais.

Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) também consideram o Cuidador Informal como sendo todo aquele que não é remunerado, sendo o cuidado prestado de modo parcial ou integral, à pessoa com dependência, por pessoas pertencentes, em geral, à rede familiar.

Legalmente pode-se considerar Cuidador Informal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta (Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020)

Os cuidados informais podem ser assumidos por amigos, vizinhos ou outros; habitualmente é a família que assume essa responsabilidade tentando-se organizar ou providenciar a assistência e prestação de cuidados. Mas, quando a família é confrontada com a necessidade de cuidar de um dos seus elementos que se encontre numa situação de dependência nas suas atividades de vida diárias, as tarefas que advêm da atividade de cuidar não são distribuídas equitativamente por todos os seus elementos, ficando sempre um mais sobrecarregado do que os outros (Melo, Rua e Santos, 2014).

Com inúmeras tarefas para realizar, frequentemente os Cuidadores Informais negligenciam as suas próprias necessidades dando prioridade às necessidades da pessoa cuidada. Neste sentido o Cuidador Informal também necessita ele próprio de ser cuidado, não se apercebendo da sua exaustão.

A nível internacional Neri e Sommerhalder (2002) documentam os efeitos negativos da prestação de cuidados informais na saúde mental e física dos Cuidadores Informais, destacando-se um maior número de doenças psiquiátricas, uso de drogas psicotrópicas, doenças somáticas,

pior percepção da saúde, *stress* pessoal e familiar, isolamento social, sentimento de que as obrigações a cumprir com a pessoa dependente são muito pesadas e geradoras de tensão.

Nos termos da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, o Cuidador Informal deve, perante a pessoa com dependência: atender e respeitar os seus interesses e direitos, procurando melhorar a sua qualidade de vida; prestar apoio e cuidados em articulação e com orientação de profissionais de saúde e de outras áreas; assegurar ambiente seguro, condições de higiene, satisfação das suas necessidades de vida diária, cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde; proporcionar ainda à pessoa dependente uma alimentação e hidratação adequada.

Naturalmente o Cuidador Informal emerge do seio familiar, sendo a família vista como um grupo de seres humanos com relações estruturadas, que agrupam tarefas e assumem responsabilidades, para a prestação de cuidados aos membros do seu grupo que passam pela privação do autocuidado (Orem, 1995).

A família atualmente encontra-se num novo paradigma. Apesar de representar a instituição mais antiga no cuidar, sofreu ao longo dos tempos profundas alterações, verificando-se cada vez mais o aumento de famílias nucleares. Há situações de idosos a cuidarem de idosos, sendo que, estes se encontram em situação de fragilidade do domínio cognitivo e físico necessitando eles próprios já de alguma atenção ao desenvolverem as suas atividades de vida diárias (Pinto e Rosa, 2013).

Perante este paradigma, existe a propensão para centralizar os cuidados num membro familiar, quase sempre uma figura feminina, é fator de sobrecarga, *stress* e desgaste, pelo que a exaustão e a doença tornam-se um acontecimento inevitável (Gonçalves, Alvarez e Santos, 2005).

Na sociedade atual o papel do familiar como Cuidador Informal é de extrema importância na rede de apoio informal, pois tem como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados ao seu familiar dependente (Melo, Rua e Santos, 2014).

Em estudos realizados, constatou-se que o papel desempenhado pela família no tratamento das pessoas com dependência é fundamental para a promoção e manutenção da sua qualidade de vida, garantindo a sua manutenção no domicílio por um período de tempo mais ampliado (Pocinho, Belo, Melo, Navarro-Pardo e Muñoz, 2017).

Sequeira (2018) acrescenta que o Cuidador Informal é também o cuidador primário ou principal, sendo sobre este assente a responsabilidade pela prestação de cuidados, tendo a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa com dependência, sendo este que realiza a maioria dos cuidados. O Cuidador Informal

surge dentro do núcleo familiar tradicionalmente, constatando-se certas diferenças entre o gênero masculino e feminino, dado a mulher ser a principal responsável pelo cuidar da casa, dos filhos e o homem o principal sustento da casa. Contudo, apesar de esta distinção ser relativa na atualidade, constata-se que o cuidar continua a ser preferencialmente exercido por mulheres.

A transição para o novo papel de Cuidador Informal é um processo complexo que envolve inúmeras variáveis com influência mútua entre si, consequentemente com valores preditivos diferentes, em função de todas as que estão envolvidas, designadamente do cuidador, da pessoa dependente, do contexto e do ambiente em que se desenvolve a relação de prestação de cuidados (Sequeira, 2018).

Esta transição caracteriza-se por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e podem ser definidos através dos indicadores de processo e do resultado, isto é, a passagem entre duas fases da vida, ou de um estado para outro, pelo que, pretende-se alcançar a adequada adaptação ao novo papel e/ou situação (Meleis, 2010).

Existem fatores que podem ser facilitadores ou inibidores para uma transição eficaz, tais como os conhecimentos, capacidades, o significado pessoal, as crenças e atitudes, a condição socioeconómica e os recursos comunitários e sociais disponíveis. As respostas dos cuidadores a todo este processo, o seu envolvimento, a confiança demonstrada e as estratégias de *coping* a que recorrem são indicadores do processo, esperando-se que sejam adequados, para que os indicadores do resultado, ou seja, a integração do novo papel, sejam os mais eficientes e saudáveis possíveis (Melo, Rua e Santos, 2014).

Para Sequeira (2018), a transição surge ligada aos conceitos de adaptação e de crise, sendo que a crise corresponde ao evento que desencadeia a necessidade de transição e a adaptação é a forma como cada um experiencia o processo de transição.

Os significados conferidos às transições modificam-se de indivíduo para indivíduo afetando o resultado das mesmas, considerando que a vida em si constitui uma transição (Meleis, 2012).

A transição caracteriza-se essencialmente por ser positiva, implicando que o indivíduo tenha atingido um período de estabilidade em relação ao estado anterior. São constituintes da sua teoria a “Natureza” (tipos, padrões e propriedades) das transições, as “Condições” (facilitadoras/inibidoras) das transições, os “Padrões de resposta” às transições, compreendidos como indicadores de processo (sentir-se ligado; interagir; estar situado; confiança e *coping*) e de resultado (identidades fluidas e flexíveis; mestria) e as “Terapêuticas de enfermagem” (Meleis, 2010).

Podem-se identificar quatro tipos de transições no exercício clínico, com as quais os enfermeiros normalmente se defrontam: de desenvolvimento - têm lugar ao longo do ciclo vital dos indivíduos; as situacionais - devidas a mudança de papéis nos vários contextos onde a pessoa está envolvida; as de saúde-doença - referem-se a mudanças súbitas de papel que resultam da modificação de um estado de bem-estar para uma doença aguda/crónica ou, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar, não impedindo de englobar a cronicidade; as organizacionais - surgem no contexto ambiental dos utentes e são provocadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico. Estes tipos de transição podem surgir de modo simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado. Os enfermeiros necessitam de ter em consideração os padrões das transições na vida do indivíduo ou da vida da família, em vez de se focalizarem apenas num tipo específico de transição (Meleis *et al.*, 2000).

Segundo Chick e Meleis (1986), as experiências de transição em geral, apesar de identificarem um conjunto de diferentes tipos e padrões de transições, é observável a existência de algumas qualidades comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências, as quais se intitulam por propriedades das transições.

Meleis *et al.* (2000) identifica como propriedades que se associam a uma experiência de transição a consciencialização (*awareness*), o compromisso (*engagement*), a mudança (*change*), o decurso no tempo (*time span*) e a ocorrência de eventos críticos (*critical points and events*). Estas propriedades encontram-se inter-relacionadas, não sendo possível dissociá-las, uma vez que fazem parte integrante do processo complexo que é a transição.

A consciencialização tem a ver com a perceção e o reconhecimento da pessoa acerca da experiência de transição (Meleis *et al.*, 2000). É esperado que a pessoa reconheça as mudanças que ocorrem e que está a viver; a falta de perceção destas mudanças pode significar que a pessoa não iniciou a transição (Chick e Meleis, 1986). Perante a incerteza e confusão geradas pelo confronto com a tomada do desempenho do papel, o Cuidador Informal tenta compreender o que aconteceu, porque aconteceu, quais as suas responsabilidades, o que terá que fazer e como, que implicações terá no futuro (Brereton e Nolan, 2000). Ao assumir o desempenho deste papel está associada a responsabilidade de garantir os cuidados necessários à manutenção do bem-estar da pessoa dependente, que vai para além do apoio nas atividades de vida diária. Garcia (2010), refere que o apoio disponibilizado pelo Cuidador Informal situa--se ao nível do apoio material ou instrumental, apoio informativo ou estratégico (resolução de problemas na relação da pessoa dependente com os serviços externos) e do apoio emocional (atitudes de suporte, disponibilidade ou presença).

O compromisso refere-se ao nível em que as pessoas mostram envolvimento nos processos inerentes à transição, sendo influenciado pelo conhecimento que detêm sobre o seu próprio processo de transição (Meleis *et al.*, 2000). O ajuste ao desempenho do papel de familiar cuidador ocorre por estabelecimento de compromissos entre Cuidador Informal e pessoa que recebe os cuidados no sentido de encontrarem um padrão harmonioso de cuidar e ser cuidado no respeito pela identidade e autodeterminação de ambos (Shyu, 2000).

A mudança ocorre devido às alterações físicas, sociais, pessoais, emocionais e ambientais percebidas. Algumas estão relacionadas com o processo de transição em curso, outras não. As transições são, concomitantemente, o resultado de uma mudança e resultam em mudanças (Meleis *et al.*, 2000). É importante distinguir os conceitos de transição e de mudança. A transição envolve sempre mudança, mas o inverso já não se verifica. A mudança tende a ser abrupta, reportando-se a um momento específico no tempo e indica a substituição de uma coisa por outra; por seu lado as transições são processos que ocorrem ao longo do tempo, integram as dimensões de fluxo e movimento, sendo a duração influenciada por cada pessoa e, também, pela sua experiência específica (Meleis e Tangenstein, 1994; Meleis *et al.*, 2000).

Estes aspetos caracterizam o decurso no tempo, outra das propriedades definidoras das transições. As transições envolvem mudança. Porém, nem todas as mudanças verificadas dizem respeito às transições vivenciadas. Para perceber o processo de transição é fundamental descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas. A diferença está no sentir-se diferente e ser apreendido de forma diferente (Meleis, 2012).

A transição é um processo demorado, desde o acontecimento do evento crítico até à estabilidade. O tempo necessário para a transição é incerto e depende da natureza da mudança e da influência da mesma na vida das pessoas, podendo ocorrer avanços e recuos. Quando se fala dos Cuidadores Informais, a celeridade com que o desempenho do papel é assumido é um fator chave na definição da duração e nuances deste processo (Brereton e Nolan, 2000).

As mudanças vivenciadas pelas pessoas podem ser desencadeadas por eventos e acontecimentos críticos. Para Meleis *et al.* (2000), a generalidade das transições encontra-se relacionada com acontecimentos marcantes na vida das pessoas, estando estes, predominantemente, associados a uma consciencialização das mudanças e diferenças ou, por outro lado, a um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência de transição.

1.2- O CUIDAR DA PESSOA DEPENDENTE

Cuidar a si e aos outros, autocuidado ou cuidado com os que estão próximos, é inerente à condição do ser humano. O cuidado é constantemente questionado, sobretudo em forma de

dilema ético, e é revestido de várias modelações, acompanhando o desenvolvimento civilizacional desde a antiguidade clássica. O cuidar é condição de existência humana, é no campo da enfermagem, conhecido como um cuidar integral profissionalizado, é gerador de conhecimento próprio, que em concubinato com outros saberes, recriado e sistematizado, dá lugar ao conhecimento específico de enfermagem (Queirós, 2015).

Muitos autores têm abordado esta temática, Meleis (2012), clarifica que a característica humana deve ser observada de uma perspectiva pessoal, psicológica ou cultural; deve ser enquanto imperativo moral, a essência fundamental da enfermagem na preservação da dignidade dos outros. Já o afeto no cuidar manifesta-se através dos sentimentos ou da empatia e dedicação.

Por outro lado, o cuidar de alguém fomenta um interesse genuíno, de zelo e consideração, sem perder de vista que o cuidar deve ser entendido como um processo de facilitação através do qual o enfermeiro cria as condições favoráveis para que a pessoa faça as suas escolhas, apontando a resolução dos seus problemas de saúde (Bison, Almeida, Santos, e Furegato, 2013).

O cuidar de alguém passa por assegurar o seu bem-estar, a sua saúde, alimentação, higiene pessoal e aspetos como a recreação e lazer (Garcia, 2013).

Cuidar implica a responsabilidade de tomar conta de alguém, satisfazer/responder às suas necessidades e sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem se cuida (Sequeira, 2010b).

A essência das repercussões associadas ao cuidar de uma pessoa dependente surge fundamentalmente de contextos dinâmicos que interagem entre si, onde se estabelece um processo de influência mútua (Sequeira, 2018).

Estas repercussões associadas ao cuidar podem classificar-se em sobrecarga objetiva (relacionada com acontecimentos e atividades concretas, referindo-se à alteração de princípios da vida do Cuidador Informal, observáveis e quantificáveis) e sobrecarga subjetiva (sentimentos, atitudes, reações emocionais perante a experiência do cuidar) (Martín *et al.*, 1996; Anesthensel, Pearlin, Mullan, Zarit, Whitlatch, 1997; Lage, 2005).

Marin, Bazaglia, Massarico, Silva, Campos e Santos (2010) no seu estudo concluem que é preciso construir um novo modelo de atuação para cuidar de pessoas dependentes. São as pessoas idosas, as mais dependentes, que mais recorrem aos serviços de saúde e verifica-se que em média o que se gasta por um idoso daria para pagar os custos de saúde de três pessoas com menor idade.

Cuidar de pessoas dependentes no domicílio é um processo individual complexo, para o qual contribuem fatores de diferentes contextos. O processo de cuidar está ligado a um conjunto de agentes *stressores*, que são mediados pela relação da prestação de cuidados e da qual pode surgir em maior ou menor intensidade, a sobrecarga ou a satisfação do Cuidador Informal. Para cuidar, ajudar a pessoa a viver de forma mais satisfatória e digna possível, é necessário criar interfaces que facilitem a informação, preparação, treino, apoio e suporte do Cuidador Informal para o ajudar no desempenho desta nobre tarefa, sendo no contexto familiar que normalmente ocorre a assimilação do papel de Cuidador Informal (Sequeira, 2018).

O facto de se aceitar a dimensão espiritual no encontro intersubjetivo que está na base do cuidado revela a sua profundidade. Uma vez bem compreendida, dilata as suas possibilidades, renova a sua força no momento em que se inicia o ritmo repetitivo do dia-a-dia. Utilizando uma linguagem metafórica, conclui-se que a dimensão espiritual do cuidado permite ao prestador de cuidados manter o seu entusiasmo e viver com a cabeça no “céu”, porque precisamente tem e mantém os pés bem “enraizados” na terra (Renaud, 2010).

Cuidar de uma pessoa dependente pode ser considerado uma função normal ou esperada na vida de um Cuidador Informal, uma vez que ele o executa tendo em conta as expectativas sociais baseadas em relação de parentesco, de género e idade, sendo típicas do seu grupo social (Gonçalves, 2002). Lage (2005) acrescenta que o ato de cuidar tem estado ao longo dos tempos ligado essencialmente à família.

Apesar desta expectativa o processo de cuidar não se deve orientar somente na identificação dos sinais e sintomas da doença, mas nas alterações que ocorrem na estrutura do ser e que estremecem a sua totalidade (André, 2014).

Assim sendo, quem cuida tem de ultrapassar autênticos desafios para executar o seu papel com exatidão, (Silva e Gimens, 2000; Caldeira e Ribeiro, 2004); implica oferecer longos períodos de tempo à pessoa dependente, adicionado ao cansaço físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos (Rainbow, Hauser e Adams, 2004).

Com o incremento de pessoas dependentes e do índice de dependência, o número de Cuidadores Informais aumentará. Assim sendo, é muito importante sensibilizar as famílias dos efeitos positivos de manterem os seus familiares no seio do seu ambiente natural. Permitir o aumento de pessoas com dependência no domicílio implica criar ligações que possibilitem dotar os Cuidadores Informais de requisitos imprescindíveis para uma assistência de qualidade, que passam por condições ambientais, económicas, sociais, de informação, de competência e de apoio formal. Nos seus estudos, este autor constata que um grande número de idosos serão os responsáveis pela prestação de cuidados a pessoas dependentes, o que por si só forma um fator

de risco de morbilidade. A fim de o evitar, conclui que é importantíssimo fornecer uma resposta adequada às necessidades de cuidados de pessoas dependentes (Sequeira, 2018).

O desequilíbrio funcional estará eminente na família perante uma situação de crise. Assim, a família perante um dos seus elementos dependente necessita de se reestruturar, sendo necessário identificar dificuldades que possam surgir devido a esta nova situação. A identificação desta dificuldade poderá levar ao desenvolvimento de estratégias de comunicação, permitindo construir relacionamentos essenciais ao desencadeamento de estratégias de *coping* eficazes permitindo a nova estruturação, identificando-se forças e recursos para a definição de estratégias para a alcançar. Quando possui os conhecimentos e algumas capacidades que lhe possibilitam a prestação de cuidados, muitas vezes a família tem dificuldade na sua implementação. Motivos como a insuficiência de recursos internos ou o desconhecimento de recursos externos são apontados na dificuldade de implementação de cuidados à pessoa dependente. Por outro lado, a gestão da tensão entre os seus membros e as estratégias alternativas é muito difícil, impedindo a manutenção do equilíbrio no funcionamento familiar, inviabilizando responder às carências da família como um todo e às necessidades de cada membro, ficando o sistema familiar comprometido (Figueiredo, 2013).

Esta prestação de cuidados de saúde e de apoio social à pessoa com dependência deve ser individualizada, integrada e assente em equipas pluridisciplinares com recursos humanos devidamente formados, que visem a recuperação global e sejam acompanhados através de cuidados de longa duração com o objetivo de se viver mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida: o domicílio (DGS, 2017).

1.3- A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

A prestação de cuidados pode ser muito desgastante e habitualmente, fomenta um aumento de *stress* e de sobrecarga por parte de quem os exerce. Os Cuidadores Informais enfrentam um conjunto de desafios constantes, pelo que precisam de se organizar e preparar adequadamente, para vivenciarem de forma saudável a transição para este novo papel. É por isso muito importante a coordenação com os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, para responder as suas necessidades, mantendo um adequado nível de saúde, bem-estar e garantirem a continuidade dos cuidados prestados à pessoa dependente (Melo, Rua e Santos, 2014).

Assim sendo, pode-se considerar a prestação de cuidados como um processo árduo, complexo e dinâmico, que é caracterizado por constantes variações ao longo do tempo, tanto

nas necessidades como nos sentimentos de quem os presta e de quem os recebe (Sarmiento, Pinto, e Monteiro, 2010).

Por outro lado, verifica-se que as pessoas com maior grau de dependência requerem maior atenção dos Cuidadores Informais, os quais se sentem muitas vezes sobrecarregados pela falta de suporte e orientação das instituições. É necessário mudar hábitos de vida e ajustar rotinas familiares para conseguir lidar com a nova situação. Este acontecimento é gerador de insegurança e *stress* (Flesch e Araújo, 2014).

O grau de dependência da pessoa é um indicador importante de avaliação pois vai ser fundamental para planear o tipo de cuidados ao utente. A Carta Social do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social aprovada pelo Governo de Portugal (2009:15) define o grau ou nível de dependência funcional como:

Autónomo – Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica.

Parcialmente dependente – Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação.

Dependente – Não pode praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: atos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.

Grande dependente – Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave.

Souza, Arruda, Rodrigues, Silva, Santos e Vasconcelos (2016), acrescentam que o declínio funcional e orgânico leva a pessoa com dependência a perder a sua capacidade de desenvolver de forma autónoma as suas atividades de vida diárias e gera *stress*. Desde o primeiro momento que o Cuidador Informal tem um papel fundamental na sua recuperação, numa situação de dependência a pessoa sente-se grata pelo apoio familiar e permite-lhe manter a estabilidade emocional.

É esta mesma estabilidade e apoio familiar que no momento de dependência vai ser o pilar estruturante da recuperação.

A grande maioria das pessoas com dependência, numa situação de internamento, por exemplo, expressa uma grande vontade de regressar ao domicílio e retomar as atividades do seu quotidiano, pelo que uma recuperação com a presença de Cuidadores Informais promove o regresso da pessoa dependente ao seu habitat desejado, o domicílio. Mas para os Cuidadores Informais o regresso a casa desta pessoa é significado de muitas alterações nas relações sociais entre o sistema familiar (Souza *et al.*, 2016).

Os problemas com que se depara o Cuidador Informal são devidos às situações que enfrenta e apresentam-se numa grande variedade de manifestações. A pessoa dependente exige do Cuidador Informal dedicação, conhecimentos, capacidades e habilidades muito diversas, que

muitas vezes se repercute negativamente na sua saúde e qualidade de vida (Riera e Casado, 2014).

De acordo com Jiménez, Salvá, Travieso, Roche, Tocabens e Rosa (2013) a sobrecarga no Cuidador Informal pode ser influenciada por três fatores: o impacto do cuidado, tendo em conta as questões relacionadas com os afetos que provoca a prestação de cuidados ao Cuidador Informal, como sendo a falta de tempo livre, a falta de intimidade e a detioração da sua vida pessoal, entre outras; o fator interpessoal referindo-se à relação do Cuidador Informal com a pessoa que é cuidada; o fator da expectativa de autoeficácia que refletem as crenças do Cuidador Informal sobre a sua capacidade para cuidar do seu familiar e o dever de o realizar, a falta de recursos económicos ou a expectativa de não poder continuar a cuida-lo por muito mais tempo.

Diferentes estudos concluem que os Cuidadores Informais do sexo feminino apresentam quase duas vezes mais sobrecarga do que os do sexo masculino, o que sugere modelos diferentes de adaptação ao papel de cuidador entre homens e mulheres. Por outro lado, os Cuidadores Informais com mais de sessenta anos são a faixa etária de adultos com a responsabilidade de cuidar outros mais dependentes, sendo assim submetidos a um esforço que ultrapassa a capacidade de uma pessoa da sua idade. Quanto aos Cuidadores Informais da faixa etária dos 40-59 anos, chamada por muitos de «*geração sandwich*» encontram-se numa idade onde começam a aparecer os sintomas de insatisfação a respeito da sua saúde e bem-estar, pois sentem-se confrontados com frequência pela necessidade de abandono temporal ou definitivo do trabalho remunerado para ter de cuidar de um familiar próximo (Jiménez, *et al.*, 2013).

No seu estudo Garcia, Mateo e Maroto (2004), constataam que 68% dos Cuidadores Informais (na sua maioria mulheres) apercebem-se que o cuidado ao outro afeta muito algumas áreas da sua vida como a saúde, o trabalho para além do doméstico, a economia, as relações sociais e familiares.

Já anteriormente, Pérez, Abanto e Labarta (1996) tinham descrito no seu estudo a síndrome do Cuidador Informal, como sendo um quadro com inúmeros sintomas, que costumam afetar e repercutir-se em todas as dimensões do Cuidador Informal. A esta síndrome apelidou de *crise do cuidador*. Esta crise caracteriza-se por alterações médicas (área física, psíquica e psicossomática), sociais, laborais, familiares, económicas e legais.

Por sua vez, Costa e Castro (2014) verificaram que os familiares que assumiram os cuidados da pessoa dependente tiveram algumas alterações na sua vida pessoal como o abandono do trabalho, e consequentemente diminuição do rendimento económico, diminuição da interação social quer com vizinhos, amigos e outros familiares, e diminuição dos momentos

de lazer. Concluíram que os Cuidadores Informais apresentavam *déficit* de autocuidado, tensão entre o papel de cuidador e a saúde prejudicada, sobretudo pela falta de cuidados preventivos.

Corroborando com os autores anteriores, Loureiro (2016), concluiu também que os Cuidadores Informais são predominantemente mulheres, a maioria com idade compreendida entre os 61 e 71 anos, com baixa escolaridade, casadas e reformadas na maioria das vezes, cônjuges da pessoa que cuidavam. Coabitam com a pessoa dependente cuidando dela mais de cinco horas diárias, a maioria delas sem ajuda formal.

Analisando-se outros estudos que incluíram mulheres Cuidadoras Informais mais jovens, constatou-se que apresentam níveis de sobrecarga mais elevados que as de maior idade. Este facto pode estar relacionado com o conflito de compatibilizar o emprego (ou novas oportunidades de emprego) e a prestação de cuidados. Relativamente aos Cuidadores Informais com menor nível de estudos, estes são os primeiros a considerar que não necessitam de ajuda, ou então pensam que estão a proceder bem e acabam por não solicitar ajuda de um Enfermeiro. Por sua vez, os Cuidadores Informais com maior formação e que trabalham para outrem, são mais conscientes da necessidade de solicitar ajuda para superar as dificuldades no geral e em particular com as relacionadas com o cuidado ao outro. Estes também conhecem melhor os recursos de saúde, sociais e psicológicos e têm menos estigmas que os Cuidadores Informais com menor nível de estudos (Jiménez *et al.*, 2013).

No seu estudo André (2014), constatou que o perfil sociodemográfico do Cuidador Informal é do sexo feminino (83.8%), com cerca de 50 anos, casada (74.7%), com o grau de parentesco de filha ou nora (47.6%), sem atividade laboral (55.7%).

Recentemente Metcalfe *et al.* (2019), que também estudaram os Cuidadores Informais, constataram que tinham mais de 60 anos, eram casados, possuíam o quarto ano ou inferior e cuidavam os seus progenitores. As mulheres apresentavam pior saúde percebida que os homens (46,3% e 32,0%) e mental (23,3% e 13,9%), e mais problemas nas dimensões de ansiedade e depressão (35,0% e 21,4%) e dor ou mal-estar (52,8% e 31,1%).

Acrescentando dados aos estudos anteriores Dzul-Gala, *et al.* (2018), concluem que, quanto maior é sobrecarga do Cuidador Informal maior é o índice de depressão deste.

Por sua vez, Pocinho *et al.* (2017), na globalidade do estudo efetuado encontraram uma sobrecarga moderada, destacando-se com maior impacto a reação às exigências, ou seja, a presença de sentimentos negativos, como a perceção de manipulação por parte do doente, sentimentos de ofensa e diminuição da privacidade.

Na Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprova o estatuto do Cuidador Informal em Portugal, consagram-se alguns direitos em prol do seu bem-estar: tem direito a ser reconhecido

o seu papel na recuperação e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada e a ter acompanhamento e formação para a prestação de cuidados corretos à pessoa dependente; deve assistir a formações que lhe permitam obter maior empoderamento nesta área, assegurando-lhe maior segurança na prestação de cuidados. Todos os Cuidadores Informais têm direito a usufruir de períodos de descanso, que possibilitem o seu bem-estar e equilíbrio emocional. Quando necessário, os serviços de saúde deverão disponibilizar apoio psicológico, inclusive após a morte da pessoa cuidada.

1.4- O ESTADO DE HUMOR DO CUIDADOR INFORMAL

A definição do estado de humor tem sido ao longo dos tempos uma tarefa complexa. Tem sido estudado por alguns autores, na tentativa de melhorar o seu conceito e compreensão. Dalgalarondo (2000), definiu-o como sendo o tónus afetivo do indivíduo, o estado emocional basal e difuso no qual ele se encontra em determinado momento. É a disposição afetiva profunda que condiciona toda a experiência psíquica.

Segundo Cheniaux Jr (2002), o humor revela o somatório ou a síntese dos afetos existentes na consciência em um determinado momento. Forma o estado afetivo basal e fundamental, caracteriza-se por ser difuso, não sendo relacionado a um objeto específico e por ser habitualmente persistente e não-reativo.

O estado de humor é um fenómeno complexo, individual, intimamente ligado ao bem-estar e desempenha um papel muito importante na vida dos indivíduos, reconhecido por ser um mecanismo útil para lidar com situações da vida difíceis (José e Parreira, 2008).

Para José (2006), o humor consegue desempenhar um papel único na vida humana, tendo um lugar distinto nas interações humanas o que favorece o encontro com o outro, dado que é uma parte fundamental da vida social, conferindo sentido à comunicação de sentimentos e opiniões.

Baquero (2005) na tentativa de clarificar melhor o estado de humor indica dois autores: Coderch que o reconhece como estado emocional, podendo ser um sentimento inerente à pessoa; e Freedman que o define como sendo uma expressão de sentimentos, que têm a capacidade de produzir bem-estar na pessoa sem causar efeitos desagradáveis nas restantes, permitindo suportar e aceitar sentimentos que de outra maneira não teriam tolerância.

Recuando no tempo, encontramos Strauss (1999), que caracteriza mais profundamente o estado de humor em termos de estabilidade, reatividade e duração. A estabilidade diz respeito à consistência do humor, mais concretamente, ao longo do decorrer de um dia. Reatividade, quando um estado de humor em particular se altera ou não em resposta a eventos ou

circunstâncias externas. A duração refere-se à permanência de um estado de humor medida em dias, semanas ou até anos.

Em suma, Baldaçara, Bueno, Lima, Nobrega e Sanches (2007) referem que o estado de humor exprime o somatório de vivências afetivas e é um elemento mais duradouro, não sendo relacionado com nenhum objeto.

A perturbação do estado de humor mais frequente é a depressão (American Psychiatric Association, 2013). Tem uma elevada prevalência e afeta mais de 300 milhões de pessoas de diferentes idades no mundo. Esta perturbação depressiva constitui uma das causas mais importantes de incapacidade e contribui significativamente para a carga global de doença. É uma das perturbações de saúde mental mais frequentemente associadas ao suicídio (World Health Organization, 2017).

A depressão é uma perturbação do estado de humor, de gravidade e duração variáveis, é frequentemente recorrente e é acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica (Wilkinson, Moore e Moore, 2003).

A depressão, segundo Vaz-Serra (1996:17) é como “uma entidade clínica que surge do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes e se caracteriza por uma alteração duradoura do estado de humor, que se acompanha de uma modificação das perspetivas pessoais e de importantes funções biológicas do indivíduo”.

Com o intuito de aprofundarem conhecimento nesta área, Almeida e Xavier (2013) realizaram o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental e detetaram que, as prevalências na população portuguesa adulta estão entre as mais altas da Europa, em todos os grupos de perturbações. O grupo das perturbações do estado de humor apresenta uma prevalência de 7,9%, constitui o segundo mais elevado, precedido do grupo das perturbações de ansiedade, com uma prevalência de 16,5%. As perturbações depressivas apresentam um padrão de maior gravidade comparativamente aos outros grupos, com 11.7% de gravidade ligeira, 59% moderada e 29.3% grave.

Clinicamente, a depressão apresenta-se através de sintomas que afetam as áreas emocional, vegetativa, cognitiva, motivacional, comportamental e relacional, tendo como componentes nucleares o humor deprimido e/ou diminuição de interesse ou prazer nas atividades, com sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento em áreas importantes da vida da pessoa (American Psychiatric Association, 2013).

No estudo de Lampert e Rosso (2015) na velhice, a depressão é a doença psiquiátrica mais comum sendo que 23% - 40% da população idosa na comunidade apresenta este diagnóstico.

Muitos dos Cuidadores Informais são idosos ou de meia idade pelo que se encontram em processo de envelhecimento. Este processo surge muitas vezes acompanhado de um declínio leve no funcionamento cognitivo e uma queixa subjetiva de memória torna-se frequente, podendo estar associada a mudanças no estado de humor e/ou cognitivas (Brigola, Rossetti, Santos, Neri, Zazzeta, Inouye e Pavarini, 2015).

Benevides-Pereira (2002), defende que os sintomas de exaustão física, emocional e despersonalização podem ser divididos em físicos/emocionais, em que a pessoa tem a sensação de fadiga constante e perturbação do sono ou comportamentais como sejam, irritabilidade, incapacidade de relaxar, aumento do consumo de bebidas alcoólicas e podendo em último caso ocorrer o suicídio.

No seu estudo André (2014) concluiu que ao aumento da sobrecarga nas subescalas “Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal”, “Satisfação com o Papel Familiar”, “Reacções a exigências” e na “Sobrecarga Emocional relativa ao Doente” corresponde pior estado de humor.

De acordo com Leggett, Zarit, Kim, Almeida e Klein (2015), o *stress* crónico vivenciado pelos Cuidadores Informais está associado a um estado de humor negativo, mas a existência de um ponto de satisfação pessoal pode suprimir este tipo de humor. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Pocinho *et al.* (2017).

Ao estudar os Cuidadores Informais Black, *et al.* (2011), constataram que mais de metade deles faziam a monitorização, gestão e assistência nas refeições e 40 % auxiliam nas tarefas de cuidados pessoais. Quando este envolvimento é relacionado com a necessidade percebida, não encontrou na amostra estado de humor negativo, nem depressão.

Da pesquisa que se efetuou, foram poucos os estudos encontrados que evidenciam o estado de humor do Cuidador Informal. Pelo que, este estudo revela-se, de certa forma, pioneiro em Portugal, tendo em conta que se realiza numa região do interior. Conhecendo o estado de humor dos Cuidadores Informais será mais fácil desenhar projetos de intervenção formativos e informativos a fim de melhorar a sua qualidade de vida.

1.5- A PERSONALIDADE E SUA INFLUÊNCIA NO ESTADO DE HUMOR

Desde a antiguidade que a definição da personalidade tem sofrido grandes e consideráveis alterações, o que reflete bem a complexidade deste tema, bem como todas os

constituintes intimamente relacionados. Perante uma panóplia de definições, Carver e Scheier (2000), citado por Hansenne (2003), tenta-a definir da forma mais abreviada possível, destacando-se determinados pontos de acordo:

A personalidade não corresponde a uma justaposição de peças, mas sim uma organização;

A personalidade não se encontra num local específico, é ativa e representa um processo dinâmico no interior do indivíduo;

A personalidade corresponde a um conceito psicológico cujas bases são fisiológicas;

A personalidade é uma força interna que determina como o indivíduo se comportará;

A personalidade é constituída por padrões de respostas recorrentes e consistentes;

A personalidade não se reflete apenas numa direção, mas sim em várias, à semelhança dos sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Na tentativa de definir a personalidade Rebollo e Harris (2006), associam-na a padrões de comportamento e atitudes que são típicas de um indivíduo. Assim, os traços de personalidade diferem de um indivíduo para outro, mantendo-se, relativamente constantes e estáveis em cada pessoa.

Para Trentini, Hutz, Bandeira, Teixeira, Gonçalves e Thomazoni (2009), a personalidade refere-se às características dos indivíduos, tornando-o singular e distinguindo-se dos outros, a partir de padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Na tentativa de explicar a personalidade, surge a teoria dos traços, que tenta descrever os indivíduos segundo um conjunto de atributos caracterizadores (Gleitman, 1999).

Segundo Silva e Nakano (2011), os traços de personalidade permitem resumir, prever e explicar a conduta de um indivíduo, de forma a mostrar que a explicação para o comportamento da pessoa será encontrada nela, e não na situação, dando a entender que existe algum tipo de processo ou mecanismo interno que produz o comportamento.

As unidades básicas para analisar a personalidade são os traços, enquanto dimensões do funcionamento psicológico, podendo ser utilizadas para distinguir e caracterizar os indivíduos, quer se considere a personalidade como resultado de uma aprendizagem, hereditariedade, processos inconscientes ou papéis sociais. É através dos traços que ela se manifesta sob forma de padrões característicos. Contudo, os traços parecem ser, somente, o nível superficial no qual

a personalidade deve ser compreendida. Relacionar-se-ão com comportamentos, ainda que apenas de um modo probabilístico, mas também com motivações, pulsões, sentimentos, fantasias, estilos cognitivos e interesses intelectuais, afetando as interações interpessoais, sexualidade, mecanismos de *coping* e defesa, orientação religiosa, práticas de saúde e o bem-estar psicológico. Sintetizando, os traços de personalidade são influências verdadeiramente condutoras no funcionamento psicológico da pessoa (Costa, Yang e McCrae, 1998).

Silva e Nakano (2011), descrevem a estrutura da personalidade dentro da teoria dos traços, particularmente da personalidade adulta; preveem a existência de cinco grandes fatores para apreender o conjunto dos traços de personalidade, designadamente: neuroticismo, extroversão, amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade.

O neuroticismo permite descrever um dos domínios básicos da personalidade que avalia a adaptação ou a instabilidade emocional, tratando-se de um dos traços mais estudados na Psicologia. Os adultos que obtêm pontuações elevadas são ansiosos, vulneráveis ao *stress*, tendenciosos a sentir culpa, têm pouca confiança, baixa autoimagem, sentindo-se facilmente frustrados, apresentando relações pouco estáveis, tendo tendência a pensamentos surrealísticos. Pelo contrário, os adultos que obtêm pontuações baixas no neuroticismo representam indivíduos emocionalmente estáveis e adaptados, calmos, com humor constante, relaxados, seguros e resilientes perante situações de *stress*. A tendência central deste domínio representa a vivência de afetos negativos, como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa (McCrae e Stone, 1997).

A extroversão descreve os indivíduos como sendo calorosos, divertidos, expressivos, enérgicos, dominantes e amigáveis. Valorizam a conversação e as relações pessoais próximas, assim como a estimulação social de estranhos, são assertivos e desempenham facilmente papéis de liderança. Temperamentalmente, caracterizam-se por uma necessidade de exaltação, níveis altos de energia e atividade e são bastante otimistas. Já os introvertidos, apesar de apresentarem competências sociais apropriadas, preferem evitar multidões, com tendência a serem reservados, sóbrios, tendo um ritmo de vida mais calmo. São muito orientados para a tarefa e independentes nas suas decisões, não são obrigatoriamente introspetivos, nem os extrovertidos são necessariamente ajustados (McCrae e Stone, 1997).

A amabilidade permite identificar indivíduos amáveis, sendo estes altruístas, cooperativos, empáticos, generosos, educados e simpáticos. Por outro lado, os indivíduos desagradáveis são agressivos, hostis, rudes, teimosos, cínicos, manipulativos e egocêntricos. A amabilidade permite incluir a vontade de se acomodar à vontade dos outros. Esta dimensão liga-se também à conscienciosidade ou constrangimento, visto que, em ambos os traços detêm

aspectos de inibição ou desinibição (Clark e Watson, 1999). Os dois polos da amabilidade – antagonismo e tendências pró-sociais – são avaliados separadamente como traços distintos em vários estudos com crianças e adultos. O antagonismo diversifica-se entre a tendência para ser calmo e gentil, e a propensão para ser agressivo e hostil. Existe um terceiro fator de segunda ordem, identificado nos adultos e que pode estar relacionado com o neuroticismo ou emocionalidade negativa, que é, o cinismo/alienação. O cinismo/alienação abrange a tendência individual para desconfiar dos outros e para o sentimento de maltratado (Martin, Watson, e Wan, 2000).

Altas pontuações neste domínio podem indicar distúrbios dependentes de personalidade, e pontuações baixas poderão estar relacionadas a distúrbios narcísicos e antissociais (Lima, 1997).

A abertura à experiência salienta o interesse pela experiência sensorial, para além da experiência intelectual. Esta dimensão indica a procura produtiva, a apreciação da experiência, a tolerância e a exploração do não familiar (Lima, 1997). Para ser o centro deste traço foram propostos a abertura à experiência em que se insere a imaginação, a criatividade e sensibilidade estética, e o intelecto em que podemos incluir a facilidade em aprender, a inteligência, e a capacidade de compreensão (John e Srivastasa, 1999). Lima (1997) caracteriza este traço pela abertura a ideias, curiosidade intelectual, indica a procura produtiva, apreciar da experiência indagando uma incessante exploração por aquilo que não é familiar, criatividade, imaginação e curiosidade. Segundo McCrae e Costa (1986) a abertura à experiência encontra-se na amplitude, profundidade e permeabilidade da consciência, e na necessidade persistente de ampliar e analisar a experiência.

Podemos caracterizar os indivíduos “abertos” à experiência por preferirem a novidade, a variedade e ambiguidade em várias situações da vida. Curiosos em relação ao seu mundo exterior e interior, conseguem ser imaginativos e criativos, interessando-se pela beleza na arte e na natureza. Detêm um grau elevado de curiosidade intelectual, são liberais e não convencionais nas suas visões políticas e sociais. Já os indivíduos “fechados” à experiência caracterizam-se por ser conservadores, convencionais e terra a terra, elegem a simetria e simplicidade, tendo a ter um pensamento a preto-e-branco. Conseguem ser obstinados em mudar as suas visões e os seus comportamentos (McCrae e Stone, 1997). Segundo Lima (1997), os indivíduos que apresentam uma baixa pontuação neste critério são habitualmente conservadores social e politicamente, menos interessados pelo novo, escolhendo o familiar, com uma panóplia de interesses mais limitados e convencionais.

Na conscienciosidade os indivíduos caracterizam-se por ser responsáveis, atentos, cuidadosos, persistentes, ordenados e metódicos. Quando obtemos altas pontuações neste parâmetro podem sugerir duas diretrizes: a positiva e a negativa. Positivamente relaciona-se com o sucesso a nível académico e ocupacional (Lima, 1997). Negativamente está associado a obsessão pelo trabalho e pelas limpezas. Relativamente a pontuações baixas neste parâmetro, sugerem-nos mais despreocupação e fraca força de vontade. Estes indivíduos são identificados por serem irresponsáveis, distraídos e pouco cuidadosos (McCrae e Stone, 1997).

Criado e Mateos (2008) relativamente aos estados de humor e otimismo, nos seus estudos indicam que na influência de determinados estados de humor principalmente no pessimismo disposicional, os sujeitos otimistas adaptam-se melhor a uma situação mediante recursos mais adequados de confronto.

De igual modo, os sujeitos pessimistas demonstram inicialmente uma maior ansiedade e menor perceção do controle quando têm de enfrentar uma tarefa (Showers, 1992).

Do ponto de vista da perspetiva disposicional, o otimismo é considerado como parte da personalidade e, portanto, estável, podendo ser influenciado pela situação (Norlander e Archer, 2002) e pela confiança do sujeito na execução da tarefa, aproximando a uma perspetiva em ocasiões situacionais (Segerstrom, Taylor, Kemeny, e Fahey, 1998).

Spencer (2012), analisou a relação entre o otimismo disposicional e o estado de humor na realização de uma determinada tarefa. Concluiu que os sujeitos com maior pontuação em otimismo possuem estados de humor mais positivos, menos sensação de fadiga e executam geralmente as suas tarefas em menor tempo.

Gil, Montero, Fayos, Gullón e Pinto (2015), concluíram no seu estudo que os indivíduos com um perfil menos otimista apresentam maior cansaço emocional, estado de humor depressivo e fadiga. Por sua vez, os indivíduos com perfil mais pessimista apresentam valores mais altos em esgotamento emocional, despersonalização, depressão e cólera.

André (2014) constatou que o traço de neuroticismo constituiu a característica predominante relativa à personalidade dos Cuidadores Informais, sendo que os do sexo masculinos pontuaram com maior predominância quando comparados com o sexo feminino. A maioria dos Cuidadores Informais analisados têm tendência para relatarem a existência de fatores emocionais negativos. Acrescenta ainda, que os Cuidadores Informais com melhor autoconceito são os mais novos, pertencem a famílias mais funcionais, possuem melhor apoio social e que receberam mais informação clínica acerca do seu familiar e que foram treinados para prestar cuidados durante internamento (caso este tenha ocorrido). Conclui ainda que, o

grupo de Cuidadores Informais com o parentesco sobrinho é o que apresenta mais sintomatologia depressiva.

1.6- A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Considerando as alterações sentidas na transição para o papel de Cuidador Informal, e as mudanças sentidas e percebidas nas sinergias familiares é imperiosa a intervenção do Enfermeiro Especialista, facilitando assim o processo de mudança e a atitude de cuidar. A Ordem dos Enfermeiros (OE) aprovou o Regulamento n.º 428/2018, que regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área e de enfermagem de Saúde Familiar, publicado em Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018. Segundo este Regulamento o enfermeiro cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Assim sendo, o Enfermeiro Especialista estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas; colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família; monitoriza as resposta a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; desenvolve a sua prática baseada na evidência científica; intervém, eficazmente na promoção e recuperação do bem estar da família em situações complexas; facilita a resposta da família em situação de transição complexa; envolve-se ativamente e intencionalmente na prática de enfermagem de saúde familiar; monitoriza e avalia as respostas da família às intervenções de enfermagem. Para conseguir os seus objetivos o Enfermeiro lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, pelo que se articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família e gere o sistema de cuidados de saúde aos diferentes níveis de prevenção.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão 2015) podemos definir Família como sendo um grupo, unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade e relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.

Figueiredo (2013), especifica o conceito família numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos, reconhecendo a complexidade do sistema familiar, enquanto unidade transformativa, integra as suas dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização do sistema

familiar, entre outras definidoras do sistema familiar, enquanto sistema autopoiético co-evolutivo. Segundo a autora, para compreender a família como unidade, é fundamental a sua conceptualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que tem em conta, tanto a historicidade de família, quanto o contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade.

A família deve ser encarada como sendo uma unidade sistémica com funções sociais, mantendo-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros. A inclusão da família como foco de atenção dos cuidados de enfermagem coloca novos desafios aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção de saúde familiar e coletiva, salientando-se o seu papel de gestor e organizador de recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo. Os Cuidados de Saúde Primários formam a base do sistema de saúde, tendo em conta o Plano Nacional de Saúde que enfatiza os cuidados centrados na família e no ciclo de vida. Assim sendo, está-se diante um modelo de proximidade surgindo o contexto para direccionar o foco da prática dos enfermeiros para a família enquanto unidade de cuidados. O enfermeiro de família é cada vez mais o profissional de saúde de eleição na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primaria, secundaria e terciária (Ordem Enfermeiros, 2015).

Esta entidade refere que os enfermeiros têm como missão: a prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a sua capacitação perante as exigências e especificidades do seu desenvolvimento nas diferentes fases do ciclo vital; a identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar; reconhecer o potencial do sistema familiar como promotor de saúde; ser parceiro na gestão na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia; ser elo de ligação entre a família, os outros profissionais, e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde; ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família.

Como impulsionadora do Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar, Figueiredo (2013), evidencia o sistema familiar como cliente dos cuidados, e da ênfase na abordagem colaborativa com a família, constituindo-se como a unidade de avaliação e intervenção, sendo o realce nos padrões de interação promotores de fortalecimento, potencializadores das forças, recursos e competências da família.

Encontrado o foco dos seus cuidados o enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a

saúde familiar, recolhendo dados sobre cada família, identificando problemas e formulando diagnósticos de enfermagem, prognósticos, traçando os objetivos e o planejamento da intervenção ou contrato de ação com a família.

Assim sendo, o enfermeiro assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e ainda, como um importante recurso para os cuidados de proximidade, permitindo cuidados de enfermagem em tempo útil, realizando a avaliação familiar nas dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional, introduzindo intervenções de modo a promover mudanças no funcionamento familiar.

As intervenções são planeadas de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros, que aprovou o Regulamento n.º 367/2015, que regula os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, publicado em Diário da República, 2.ª série – N.º 124 – 29 de junho de 2015. Assim as intervenções devem garantir a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, pelo que deve haver uma organização dos cuidados de enfermagem.

Para garantir a satisfação do cliente, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar deve respeitar o sistema de crenças, valores, expectativas e práticas da família que a caracteriza; reconhecer as suas competências, permitindo-lhe tomar decisões na regência dos seus projetos de saúde; procurar constantemente a empatia, validar e incentivar membros da família a sugerirem soluções promotoras de mudanças e tomadas de decisão e facilitar a comunicação expressiva de emoções, que promovam a mobilização de recursos de *coping* familiares e externos.

Com o intuito de promover a saúde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar valida com a família as forças, recursos e problemas identificados, tendo em conta a reciprocidade entre o potencial de saúde dos seus membros e da unidade familiar, bem como os seus domínios de funcionamento; garante a continuidade da prestação dos cuidados; cria e aproveita oportunidades para trabalhar com a família, com o intuito de esta adotar comportamentos potenciadores de saúde; mobiliza recursos da comunidade que promovam a capacitação da família na manutenção da sua funcionalidade e na resposta adequada às necessidades individuais dos seus membros.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na prevenção de complicações procura identificar problemas potenciais, tendo em conta a reciprocidade entre fatores de *stress* que implicam transições familiares e a interpretação colaborativa dos dados objetivos e subjetivos resultantes da avaliação familiar; prescreve intervenções de enfermagem

perante os problemas potenciais identificados nas dimensões avaliativas (estrutural, desenvolvimento e funcional); mantém o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que consagram a mobilização de respostas cognitivas, afetivas e comportamentais do sistema terapêutico, face aos problemas potenciais identificados e referencia para outros enfermeiros especialistas ou outros profissionais, de acordo com a área de intervenção e perfil de competências, quando não conseguir dar resposta aos problemas potenciais identificados.

Assim sendo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar é responsável pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e delega.

Para assegurar o bem-estar e o autocuidado da família o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar avalia o papel de prestador de cuidados, como padrão interacional estabelecido na família para suplementar/complementar as atividades de vida de um dos seus membros, que se encontre dependente no domínio do conhecimento do papel, da adesão, do consenso, da saturação e do conflito; prescreve intervenções que contribuam para a capacitação da família no exercício do papel de prestador de cuidados e promoção do autocuidado do membro da família dependente, para a capacitação da família e o seu bem-estar perante problemas identificados nas áreas de atenção da dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional, bem como para o equilíbrio dinâmico da família, considerando a interdependência recursiva de cada um dos seus domínios de funcionamento. Estas prescrições de enfermagem devem ser sustentadas na investigação, conhecimento integrativo e sistematizado do sistema familiar. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar mantém o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que visem a mobilização de respostas cognitivas, afetivas e comportamentais do sistema terapêutico perante os problemas identificados que visem a facilitação de mudanças no funcionamento familiar, bem como a mobilização de recursos promotores de *coping* familiar.

Na readaptação funcional o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar assegura a continuidade do processo de prestação de cuidados sistémicos e globais, com o intuito de capacitar a família na promoção da readaptação funcional de um dos seus membros, podendo recorrer a intervenções de enfermagem em terapias psicoeducativas e intervenções em rede e mantém uma abordagem colaborativa e promotora da capacitação da família perante situações de grande complexidade, perseguindo resposta adequadas aos processos globais intrínsecos ao funcionamento familiar.

Para a organização dos cuidados de enfermagem o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar fundamenta e assenta a sua prática num quadro de referência

de saúde familiar, orientado para a recolha de dados e para o planeamento das intervenções com a família, como alvo dos cuidados de enfermagem; cria e implementa cuidados especializados nas diferentes fases do ciclo de vida da família nos diferentes níveis de prevenção; utiliza um sistema de informação com nomenclatura da classificação internacional para a prática de enfermagem, e que integra constantemente, as necessidades de cuidados de enfermagem da família, intervenções de enfermagem, e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista desta área, obtidos pela família; usa os resultados da avaliação da satisfação periódica realizada, recorrendo a instrumentos validados para profissionais de saúde, para definir estratégias promotoras de satisfação profissional; assegura a dotação segura de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar, perante as necessidades de cuidados às famílias; organiza metodologicamente os cuidados de enfermagem, visando obter ganhos em saúde para as famílias, maximizando as suas competências e avalia o desempenho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar utilizando instrumentos de avaliação, promovendo a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar têm um papel preponderante no apoio às famílias na reorganização de toda a nova dinâmica familiar exigida, mas Hoepers, Nascimento, Urbano, Dominguni, Pavei, Zanini e Hansen (2016), evidenciaram no seu estudo a falta de ações específicas ao envelhecimento saudável no trabalho quotidiano dos enfermeiros na perspetiva da saúde da família, quer pela falta de apoio ou incentivo para os cuidados de saúde primários, quer pela falta de ações de promoção/prevenção, contribuindo para um envelhecimento ativo, humanizado e com qualidade de vida.

Os enfermeiros de saúde comunitária têm como missão tentar resolver todas as questões das famílias e comunidade da sua influência, procurando uma idealização das suas práticas e considerando a importância de outros recursos para realização das ações que lhes compete. Estes enfermeiros consideram o seu trabalho como uma vocação baseada em valores de amizade, solidariedade, voluntariedade e caridade, que se fundem na perceção sobre as suas atribuições como elementos que contribuem para a dificuldade de delimitação do papel desse profissional (Alonso, Béguin e Duarte, 2018).

Vilela, Silva e Jackson (2010), afirmam que as visitas domiciliárias são atividades fundamentais para a construção das relações entre enfermeiros de saúde comunitária e utentes, representando, também, muitas vezes o meio principal para a promoção da saúde da comunidade à qual prestam cuidados de enfermagem. As visitas domiciliárias são consideradas importantes e muito valorizadas para os doentes e suas famílias.

Riera e Casado (2014), afirmam que o papel do enfermeiro é fundamental no seguimento frequente e adequado da evolução da pessoa cuidada, mas também a avaliação do estado do Cuidador Informal. Este deve ser foco de interesse do enfermeiro, pelos problemas que pode vir a desenvolver como consequência da sua dedicação ao outro.

Orem (1995), defende que quando um indivíduo não reúne habilidades suficientes para executar o autocuidado, torna-se necessário que outro efetue tais cuidados, neste caso o enfermeiro.

Contudo no domicílio a família tem assumido tal responsabilidade, tendo ficado o seu autocuidado para segundo plano e é por isso importante dar relevância a este facto para as ajudar a enfrentar esta nova situação.

Na orientação dos Cuidadores Informais, o enfermeiro necessita de promover um cuidar a partir das vivências familiares, do contexto sociocultural dos sujeitos, tendo em consideração as experiências de cuidar oriundas da cultura em que se encontram inseridos o binómio pessoa dependente-cuidador (Ramos e Menezes, 2012).

Ao enfermeiro compete auxiliar o Cuidador Informal através de práticas educativas, sendo estas consideradas parte integrante dos cuidados de enfermagem e que devem ser partilhadas, através de um espaço para troca de experiências e de saberes. De acordo com as Competências Específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar articulam-se os recursos disponíveis na comunidade de forma a facilitar o papel de prestador de cuidados em que o enfermeiro observa a realidade, identifica as necessidades e reorienta sistematicamente o planeamento das ações a serem desenvolvidas (Acioli, 2008).

Um maior apoio social pode expelir as bases para uma melhor perceção de saúde, o que em conjunto reduz o *stress*, prevenindo o desenvolvimento de depressão entre os Cuidadores Informais (Junior, Blumentahl e Garner, 2015).

A vida destas famílias altera-se imenso provocando um desequilíbrio no seu sistema, pelo que é importante o apoio do enfermeiro da comunidade / família para dentro do possível agilizar todo este processo.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar assegurar o estabelecimento de parcerias entre Cuidadores Formais e Informais, bem como o planeamento de intervenções contextualizadas que permitam facilitar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Melo, *et al.*, 2014).

A Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e trabalho dos Cuidadores Informais recomenda: promover, criar e estimular serviços que facilitem o descanso dos Cuidadores Informais, como sejam centros de dia, programas de férias para o descanso do

cuidador; prestações económicas diretas e indiretas, como sejam, compensações pelo abandono da sua atividade laboral, deduções fiscais; medidas laborais a favor dos Cuidadores Informais, tais como flexibilidade de horário ou mesmo redução do horário de trabalho (Riera e Casado, 2014).

Em Portugal foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, tendo sido decretada a sua expansão e melhoria pela Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro permitindo o acesso a pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social, desde que previamente referenciadas por profissionais de saúde. Esta Rede Nacional está também preparada para o internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do Cuidador Informal, até o máximo de 90 dias por ano. Estes 90 dias podem ser utilizados de forma contínua ou intercalada, permitido o descanso do Cuidador Informal.

Também Loureiro (2016), sugere para a gestão de sobrecarga do cuidador os internamentos de curta duração para promover o descanso do Cuidador Informal, intervenções ambientais e educativas e apoio social. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deverá ainda ter um papel proactivo na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais, realizando para isso a análise e estudo da sua comunidade.

Couto, Caldas e Castro (2018) no seu estudo, aconselham que sejam identificadas as potencialidades e fragilidades causadas pelo processo de cuidar de uma pessoa dependente em contexto domiciliário, reconhecendo os valores e as crenças da família, o contexto sociocultural do Cuidador Informal, com o intuito de possibilitar a estruturação de intervenções e planos de cuidados, elaborados a partir da execução da consulta de enfermagem, visita domiciliária e atividades educativas. Estas atividades ajudam a criar mudanças, em consonância com os Cuidadores Informais, promovem a qualidade na relação familiar de cuidar e aliviam a tensão do papel de cuidador.

Pocinho *et al.* (2017) vão mais longe nos seus estudos e sugerem a existência de programas comunitários de educação e suporte destinados aos Cuidadores Informais. Dado que estes constituem um importante recurso na otimização das ferramentas ao dispor do Cuidador Informal, e na manutenção da sua própria saúde e bem-estar. Esta ideia parece sustentada pelos seus resultados, em que, 80 % dos sujeitos consideraram muito importante a existência destes tipos de apoio.

2- METODOLOGIA

Aprender a investigar significa transpor uma experiência pessoal e profissional complexa, difícil e inquietante, que obriga a disciplinar o pensamento e a ação (Vilelas, 2017).

Seguidamente, apresenta-se a problemática e os objetivos do estudo, o tipo de estudo realizado, as hipóteses levantadas, as variáveis em estudo, a população e amostra, bem como o instrumento de recolha de dados utilizado. É explicado todo o processo de recolha de dados, a análise estatística realizada e, por fim, os procedimentos formais e éticos.

2.1- PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS

Um Cuidador Informal que tem a seu cargo uma pessoa dependente, enfrenta diversas alterações na sua vida pessoal e profissional, suscitando a seguinte questão de partida: qual o impacto da sobrecarga do Cuidador Informal da pessoa dependente no seu estado de humor, decorrente do processo de cuidar?

Apoiados na problemática que norteia a investigação, pretende-se com o presente estudo contribuir para um melhor conhecimento do impacto que a perceção de sobrecarga do Cuidador Informal da pessoa dependente tem no seu estado de humor, decorrente do processo de cuidar. Deste modo, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico dos Cuidadores Informais residentes na área de intervenção de uma Unidade Local de Saúde da região centro;
- Avaliar a Sobrecarga dos Cuidadores Informais que cuidam de pessoas dependentes;
- Avaliar o estado de humor dos Cuidadores Informais;
- Avaliar as dimensões básicas da personalidade dos Cuidadores Informais;
- Verificar a relação existente entre o perfil sociodemográfico do Cuidador Informal e o seu estado de humor;
- Verificar a relação existente entre a sobrecarga do Cuidador Informal e o seu estado de humor;
- Verificar a relação existente entre a personalidade do Cuidador Informal e o seu estado de humor.

2.2- TIPO DE ESTUDO

Para concretizar os objetivos propostos realizou-se um estudo quantitativo, transversal descritivo e correlacional.

Quantitativo, porque visou a apresentação e a manipulação numérica de observações com a intenção de descrever e explicitar o fenómeno sobre o qual recaíram as observações e mostrar dados, indicadores e tendências observáveis para gerar medidas fiáveis, generalizáveis e sem vieses.

Transversal, na medida em que as medições foram sempre efetuadas nas mesmas condições, tendo sido utilizado em todos os casos o mesmo instrumento de recolha de dados. Estes estudos são muito úteis para avaliar as necessidades de cuidados de saúde e para o planeamento de cuidados.

Descritivo, por quanto tentou conhecer as características de uma população ou fenómeno, aumentando os conhecimentos e a dimensão de um problema obtendo-se uma visão mais completa e permitiu delimitar os factos estabelecendo características demográficas, conhecendo as atitudes das pessoas que se encontravam no universo da investigação.

Tratou-se ainda de um estudo correlacional, por determinar as relações entre variáveis presentes no mesmo e quantificou através de provas estatísticas a relação entre duas ou mais variáveis, permitido formular hipóteses, estabelecer relações complexas entre as variáveis e recolher uma grande quantidade de dados a respeito deste problema. A sua limitação depreende-se com o facto da generalização dos resultados, não podendo os mesmos ser generalizados à população em estudo (Vilelas, 2017).

2.3- HIPÓTESES

As hipóteses intervêm ativamente no estudo e têm um importante papel na construção do conhecimento científico. Constitui a técnica metodológica mais importante do investigador que permite sugerir novas experiências e novas observações. Do confronto das hipóteses com fenómenos empíricos advêm as anotações mais importantes de todo o sistema do pensamento científico. São respostas provisórias e temporárias para o problema que o investigador se propõe investigar (Vilelas, 2017).

Para uma melhor orientação do estudo foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1- Existe relação entre o perfil sociodemográfico do Cuidador Informal e o seu estado de humor.

H2- Existe relação entre a sobrecarga do Cuidador Informal e o seu estado de humor.

H3- Existe relação entre a personalidade do Cuidador Informal e o seu estado de humor.

2.4- VARIÁVEIS

Variável é algo que varia, é a essência da investigação, permite compreender o porquê da variação dos valores de uma variável e o modo como a variação de uma pode influenciar a outra. Podemos ainda considerar variável como qualquer característica ou qualidade da realidade que é suscetível de adotar diferentes valores (Vilelas, 2017).

O estudo teve como variáveis independentes o nível de sobrecarga do Cuidador Informal, todas as variáveis sociodemográficas e a personalidade do Cuidador Informal.

Para operacionalizar e mensurar a sobrecarga do Cuidador Informal foi selecionada a Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (ESC). Sequeira (2010a), realizou a adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit para a população portuguesa.

As variáveis sociodemográficas foram operacionalizadas pela seleção de algumas características pessoais dos indivíduos, permitindo caracteriza-los.

Para determinar o tipo de personalidade foi selecionado o Questionário do Inventário da Personalidade (NEO-FFI-20) (Bertoquini e Pais-Ribeiro, 2006).

Como variável dependente considerou-se o estado de humor do Cuidador Informal decorrente do processo de cuidar. Para o determinar, foi utilizada a Escala de Perfil de Estados de Humor (POMS) (Viana, Almeida e Santos, 2001).

2.5- POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo abrangeu todos os Cuidadores Informais de pessoas dependentes na área de intervenção da Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro.

A amostra foi constituída pelos Cuidadores Informais de pessoas dependentes que tiveram acompanhamento de enfermagem domiciliária na área de intervenção de uma Unidade Local de Saúde da região centro e que aceitaram participar no estudo.

Para participar no estudo foram definidos os seguintes critérios de inclusão: o Cuidador Informal teria de ser o principal responsável pelo cuidado, ser o prestador de cuidados e ajudar nas atividades de vida da pessoa dependente, com índice de Barthel inferior a cem pontos. Os Cuidadores Informais teriam necessariamente de ter tido contacto com a pessoa alvo dos cuidados nas últimas quatro semanas.

No período de 9 de julho a 30 de outubro de 2019 realizaram-se visitas domiciliárias a 115 cuidadores de pessoas dependentes inscritos nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de uma ULS da região centro. Foram excluídos do estudo catorze cuidadores (três por não serem Cuidadores Informais, dois por não pretenderem participar e nove porque cuidavam de pessoas com resultado do *índice de Barthel* igual a cem pontos). Obteve-se, assim, uma amostra de 101 Cuidadores Informais.

O gráfico 1 apresenta a distribuição da amostra pelas UCSP que integram a ULS

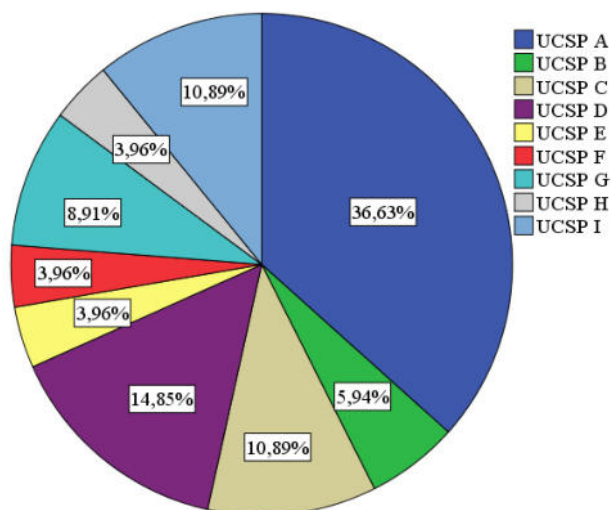


Gráfico 1- Distribuição da amostra pelas UCSP da ULS (n=101)

2.6- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para desenvolver este estudo construiu-se um formulário composto por duas partes. (Apêndice A). A primeira parte construída pelo investigador faz a caracterização sociodemográfica dos Cuidadores Informais; a segunda é composta pela Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (ESC), pela Escala de Perfil de Estados de Humor (POMS), pelo Questionário do Inventário da Personalidade (NEO-FFI-20) e pelo *índice de Barthel* para avaliação do grau de dependência da pessoa cuidada e mediante o resultado, inclui-se ou não o Cuidador Informal no estudo.

Caracterização sociodemográfica

Incluiu-se na caracterização sociodemográfica a idade, o sexo, estado civil, formação literária, situação ocupacional e por último a relação entre a pessoa cuidada e o Cuidador Informal.

Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (ESC)

Esta escala, desenvolvida por Zarit, Reever e Bach-Peterson em 1980 é composta por vinte e oito itens, revelando-se um instrumento de avaliação muito importante da sobrecarga

subjetiva associada ao cuidar, nos seguintes aspetos: a saúde física e psicológica; os aspetos laborais e económicos; as relações sociais e relações com o indivíduo recetor de cuidados. Na evolução da escala, foi reduzido o número de questões para vinte e duas, sendo utilizada com grande frequência na avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal. Sequeira (2010a) traduziu e adaptou a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) a partir da versão original inglesa (Burden Interview Scale) de vinte e dois itens para a população portuguesa. Cada item pontua num formato do tipo *Likert* de cinco pontos (1=Nunca; 2=Quase Nunca; 3=Às vezes; 4=Muitas Vezes; 5=Quase Sempre). Nesta versão obtém-se uma pontuação global que varia entre vinte e dois e 110, em que uma maior pontuação corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a quarenta e seis - Sem sobrecarga; entre quarenta e seis e cinquenta e seis - Sobrecarga ligeira; superior a cinquenta e seis - Sobrecarga intensa.

Escala de Perfil de Estados de Humor (POMS)

O estado de humor do Cuidador Informal foi avaliado utilizando-se a versão reduzida validada para a população portuguesa em 2001 por Viana, Almeida e Santos. Esta escala caracteriza-se por constituir um instrumento de auto-relato de fácil e rápida utilização permitindo captar os estados afetivos transitórios e flutuantes nos indivíduos. Permite decididamente boa aceitação, quer para investigação, quer para intervenção. Composto inicialmente por quarenta e nove itens, foi em 1993 traduzida para português por Cruz e Viana. A versão mais reduzida do POMS começou a ser utilizada em 1989 na monitorização psicológica do treino por autores como Raglin e Morgan. Esta escala permite avaliar a tensão, depressão, hostilidade, vigor, fadiga, confusão e o desajuste ao treino do Cuidador Informal. As respostas aos adjetivos (itens) têm também um formato do tipo *Likert* de cinco pontos (0=Nunca; 1=Um Pouco; 2=Moderadamente; 3=Bastante; 4=Muitíssimo) Todos os itens são cotados na mesma direção, com a exceção de um item na escala de Tensão (Tranquilo) e dois itens na escala de Confusão (Eficaz e Competente). Nestes casos, a resposta ao item deve ser invertida (Viana, Almeida e Santos, 2001).

No Quadro 1 pode-se visualizar a distribuição dos itens da escala pelas dimensões do estado de humor.

Quadro 1- Agrupamento dos itens da Escala de Perfil de Estados de Humor (POMS)

Dimensões	Itens (36+6)
Tensão-ansiedade (T),	1, 12, 16, 20, 29, 31
Depressão-melancolia (D),	7, 15, 17, 21, 30, 38
Hostilidade-ira (H),	2, 9, 14, 25, 28, 37
Fadiga-inércia (F),	4, 13, 19, 22, 34, 41
Vigor-atividade (V)	5, 8, 10, 32, 39, 27
Confusão-desorientação (C)	7, 18, 24, 26, 35, 40
Escala de desajuste ao treino (EDT)	3, 11, 23, 33, 36, 42

Questionário do Inventário da Personalidade (NEO-FFI-20)

Este questionário foi desenvolvido e adaptado à população portuguesa em 2006 por Bertoquini e Pais-Ribeiro. É constituído por vinte itens e permitiu avaliar as cinco dimensões básicas da personalidade, concretamente o Neuroticismo, a Extroversão, a Abertura à Experiência, a Amabilidade e a Conscienciosidade dos Cuidadores Informais. As respostas aos itens têm um formato do tipo *Likert* de cinco pontos (0=Discordo Fortemente; 1=Discordo; 2=Neutro; 3=Concordo; 4=Concordo Fortemente). Os valores elevados obtidos numa determinada dimensão representam uma maior presença do tipo de traço na personalidade (Bertoquini e Pais-Ribeiro, 2006).

No Quadro 2 pode-se verificar a correspondência entre a dimensão da personalidade e as questões que lhe atribuem a pontuação.

Quadro 2- Agrupamento dos itens do Questionário do Inventário da Personalidade (NEO – FFI-20)

Dimensão	Itens	
	Cotação direta	Cotação reversa
Neuroticismo	6, 16	1, 11
Extroversão	2, 7, 12, 17	-
Abertura à Experiência	8	3, 13, 18
Amabilidade	4, 9	14, 19
Conscienciosidade	5, 10, 15, 20	-

Índice de Barthel

Este Índice permitiu avaliar o grau de dependência em dez atividades de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres,

deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965).

Na versão validada para Portugal por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) tem-se uma pontuação que vai de zero a cem. Consoante a pontuação estabelece-se a seguinte relação:

zero a vinte pontos - Dependência total;
vinte e um a sessenta pontos - Grave dependência;
sessenta e um a noventa pontos – Moderada dependência;
noventa e um a noventa e nove pontos – Muito leve dependência;
cem pontos – Independência total.

A pontuação mínima igual a zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas e a máxima de cem equivale a independência total para as mesmas atividades de vida diárias;

2.7- RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados realizou-se entre os dias 9 de julho e 30 de outubro de 2019.

Para aplicação do formulário de caracterização sociodemográfica foi efetuado um pré-teste com cinco Cuidadores Informais e com o resultado obtido foram corrigidas algumas perguntas e opções de resposta. Verificou-se também, que o tempo despendido para aplicação do formulário foi, em média, de 20 minutos, quando preenchido e de mais de 30 minutos quando preenchido pelo Cuidador Informal. Para além disso, houve também dúvidas por parte dos Cuidadores Informais acerca de algumas expressões utilizadas nas escalas que era necessário esclarecer.

Tendo em consideração os indicadores resultantes da aplicação do pré-teste, optou-se pela aplicação do formulário preferencialmente pelo investigador, com a colaboração de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, que exercem funções nas diferentes Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados da ULS da região centro, a quem foi transmitida a informação de como proceder à aplicação do formulário, de modo a que todos fossem preenchidos nas mesmas condições. O formulário foi aplicado no domicílio do Cuidador Informal, com tempo médio de preenchimento de 20 minutos.

2.8- ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística realizou-se por meio do programa IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24. Incluiu-se uma análise descritiva das variáveis, conforme

adequado e uma análise correlacional e inferencial de acordo com as características das variáveis.

Antes de proceder à análise correlacional e inferencial testou-se a normalidade da distribuição da variável dependente e as dimensões do humor, avaliadas pelo Perfil de Estados do Humor. Para o efeito utilizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Tendo em conta que várias variáveis violam o princípio da normalidade da distribuição, optou-se por prosseguir a análise utilizando a estatística não paramétrica.

A análise de correlação entre as diferentes dimensões do humor e as variáveis idade do Cuidador Informal, sobrecarga do Cuidador Informal, dimensões da personalidade do Cuidador Informal, foi realizada através da determinação do coeficiente de correlação de *Spearman*. A interpretação qualitativa das correlações teve por base a proposta apresentada por Schober *et al.* (2018), exibida na tabela 1.

Tabela 1- Interpretação do coeficiente de correlação

Coeficiente de correlação	Interpretação
0,00 – 0,10	Correlação negligenciável
0,10 – 0,39	Correlação fraca
0,40 – 0,69	Correlação moderada
0,70 – 0,89	Correlação forte
0,90 – 1,00	Correlação muito forte

Fonte: Adaptado de Schober *et al.* (2018).

Os resultados das diferentes dimensões do humor foram comparados, tendo em conta o género do Cuidador Informal, utilizando o teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes, um “teste não paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes” e opção não-paramétrica ao teste de t de *Student* (Maroco, 2010: 321).

A comparação das dimensões do humor, tendo em conta as variáveis: estado civil, formação literária, situação ocupacional do Cuidador Informal e relação com a pessoa que cuida, foi feita recorrendo ao teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes. Este teste é usado para comparar duas ou mais amostras independentes de tamanhos iguais ou diferentes, constituindo uma alternativa não paramétrica à análise de variância (Maroco, 2010). Nas situações em que foram identificadas influências com significado estatístico procedeu-se à comparação múltipla de médias das ordens de *Dunn*, considerando-se os valores de significância ajustados pela correção *Bonferroni* (p_{aj}).

Utilizou-se um nível de significância de 0,05 para todos os testes estatísticos realizados.

2.9- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Esta investigação desenvolveu-se ao abrigo dos princípios da declaração de Helsínquia, que regula a investigação em seres humanos. Os participantes assinaram consentimento informado, livre e esclarecido para integrar a investigação (Apêndice B). O protocolo de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da região centro e autorizado pelo Conselho de Administração da mesma instituição (Anexo I). Os autores da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), escala para avaliar o Perfil de Estado de Humor (POMS) e o questionário do Inventário da Personalidade na sua forma reduzida (NEO-FFI-20) foram contactados e autorizaram a utilização das mesmas nesta investigação (Anexo II).

3- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise descritiva e análise inferencial. Para uma melhor visualização dos resultados criaram-se tabelas e gráficos, permitindo uma fácil leitura e compreensão dos mesmos. Por fim, procede-se à discussão dos resultados.

3.1- ANÁLISE DESCRITIVA

Os Cuidadores Informais apresentavam uma idade média de 59,9 anos, sendo que o mais novo tinha 28 anos e o mais velho 93 anos (desvio padrão = 14). 27,7% tinham idade igual ou superior a 70 anos. Na sua maioria eram mulheres casadas (75,3%) e filhas (53,1%) da pessoa dependente. Cerca de 30% são cônjuges ou companheiros da pessoa dependente.

A formação literária dos Cuidadores Informais varia desde a ausência de instrução até à formação de nível superior. Os grupos mais representativos têm o 1º Ciclo do Ensino Básico (30,7%) e o 12º ano de escolaridade (24,8%).

No que respeita à situação ocupacional 35,6% de Cuidadores Informais estão aposentados e 27,7% têm emprego a tempo inteiro.

Na tabela 2 apresenta-se uma caracterização detalhada da amostra.

Tabela 2- Caracterização dos Cuidadores Informais (n=101)

Variáveis	n	%
Idade		
Até 30 anos	1	1
30 – 39 anos	6	5,9
40 – 49 anos	17	16,8
50 – 59 anos	26	25,7
60 – 69 anos	23	22,8
70 – 79 anos	19	18,8
80 – 89 anos	7	6,9
Mais de 90 anos	2	2
Género		
Feminino	81	80,2
Masculino	20	19,8
Estado civil		
Casada(o)	75	74,3
Solteiro(a)	14	13,9
União de facto	3	3
Divorciado(a)	5	5
Viúvo(a)	4	4
Formação literária		
Não sabe ler e escrever	6	5,9
1 ° Ciclo Escolar	31	30,7
2º Ciclo Escolar	6	5,9
3º Ciclo Escolar	14	13,9
12º Ano	25	24,8
Curso Superior	18	17,8
Outro	1	1
Situação ocupacional		
Empregado(a) a tempo inteiro	28	27,7
Empregado(a) a tempo parcial	2	2
Aposentado(a) / Reformado(a)	36	35,6
Desempregado (a)	16	15,8
Doméstica	12	11,9
Outra	7	6,9
Relação com a pessoa que cuida		
Cônjuge/companheiro(a)	30	29,7
Irmão(ã)	2	2
Genro/Nora	8	7,9
Filho(a)	56	55,4
Amigo(a) / Vizinho(a)	5	5

Sobrecarga do Cuidador Informal

A avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal foi feita através da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Sequeira, 2010a). A fiabilidade da escala para a amostra estudada foi determinada pela análise de consistência interna através da determinação do coeficiente *alfa de Cronbach*. Obteve-se um valor de *alfa* igual a 0,905 para os 22 itens da escala.

Os resultados da avaliação da sobrecarga variaram entre 27 e 85 pontos, com uma pontuação média de $53,5 \pm 15,3$ pontos. 42 Cuidadores Informais (41,6%) apresentam pontuação superior a 56 pontos, que indica sobrecarga intensa; 23 Cuidadores Informais (22,8%) somam 46 a 56 pontos, correspondendo a sobrecarga ligeira; e 36 Cuidadores Informais (35,6%) pontuam menos de 46 pontos, que corresponde a sem sobrecarga (Gráfico 2).

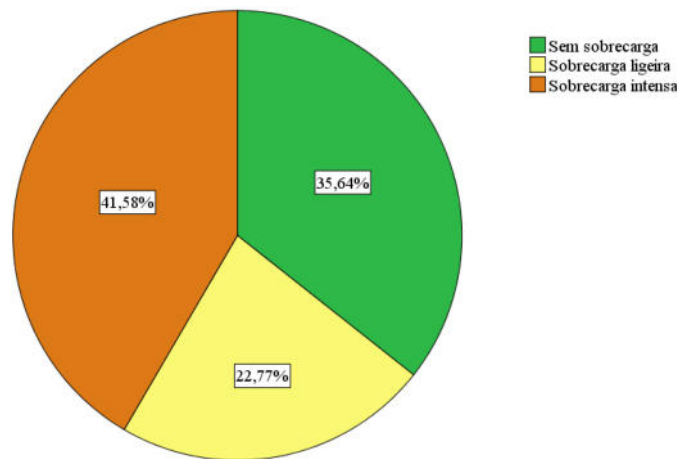


Gráfico 2- Níveis de sobrecarga dos Cuidadores Informais (n=101)

Na tabela 3 apresenta-se a percentagem de respostas para cada item da Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal, assinalando-se a sombreado a opção mais referida. Podem-se destacar da análise desta tabela algumas questões respondidas como “Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?” 45,5% dos Cuidadores Informais responderam “às vezes”, na resposta à questão “Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?” 65,3% responderam “nunca” o mesmo sucede na resposta à questão “Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?” 66,3% responderam “nunca”. Na questão “Pensa que o seu familiar depende de si?” 63,4% responderam “quase sempre”, o mesmo sucede na questão “Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?” tendo respondido 53,5% “quase sempre”.

Tabela 3- Resultados da Escala de Sobrecarga do Cuidador (n=101)

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?	35,6%	20,8%	22,8%	10,9%	9,9%
2. Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	15,8%	11,9%	45,5%	12,9%	13,9%
3. Sente-se tenso quando tem de cuidar do seu familiar?	41,6%	11,9%	29,7%	9,9%	6,9%
4. Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?	75,2%	6,9%	10,9%	6,9%	0,0%
5. Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	65,3%	14,9%	16,8%	3,0%	0,0%
6. A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?	60,4%	10,9%	19,8%	5,0%	4,0%
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	19,8%	5,9%	32,7%	22,8%	18,8%
8. Pensa que o seu familiar depende de si?	3,0%	3,0%	15,8%	14,9%	63,4%
9. Sente-se esgotado por estar junto do seu familiar?	30,7%	14,9%	39,6%	13,9%	1,0%
10. Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?	33,7%	13,9%	31,7%	10,9%	9,9%
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	23,8%	12,9%	29,7%	20,8%	12,9%
12. Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	41,6%	15,8%	20,8%	17,8%	4,0%
13. Não se sente à vontade em convidar amigos para irem lá a casa devido ao seu familiar?	61,4%	16,8%	11,9%	5,0%	5,0%
14. Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?	12,9%	3,0%	15,8%	14,9%	53,5%
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	25,7%	10,9%	28,7%	14,9%	19,8%
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	44,6%	21,8%	23,8%	8,9%	1,0%
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se ter manifestado?	40,6%	10,9%	25,7%	13,9%	8,9%
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	66,3%	19,8%	11,9%	2,0%	0,0%
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	33,7%	18,8%	30,7%	12,9%	4,0%
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	47,5%	12,9%	27,7%	10,9%	1,0%
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	48,5%	17,8%	26,7%	5,9%	1,0%
22. Em geral, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	28,7%	14,9%	31,7%	14,9%	9,9%

Estado de humor do Cuidador Informal

A avaliação do humor do Cuidador Informal foi feita através da Escala de Perfil de Estados de Humor (POMS) (Viana, Almeida e Santos, 2001). A fiabilidade da escala para a amostra estudada foi testada pela determinação do coeficiente *alfa* de *Cronbach*, obtendo-se o valor de 0,930 para os 42 itens em análise. Os valores de análise de *alfa* para cada dimensão da escala foram: “tensão-ansiedade” 0,866; “depressão-melancolia” 0,894; “hostilidade-ira” 0,841; “fadiga-inércia” 0,924; “vigor-atividade” 0,883; “confusão-desorientação” 0,745; “escala de desajuste ao treino” 0,796.

Procedeu-se ao cálculo da perturbação total de humor, obtida pela soma das cinco dimensões negativas (“tensão-ansiedade”, “depressão-melancolia”, “hostilidade-ira”, “fadiga-inércia” e “confusão-desorientação”), subtração do resultado da dimensão “vigor-atividade”, e soma de uma constante de 100. Os resultados variaram entre 78 e 186, com pontuação média de $121,2 \pm 26,2$.

Relativamente a cada uma das dimensões da escala, a dimensão com pontuação média mais elevada foi “vigor-atividade” com 12,3 pontos, seguida de “fadiga-inércia” com 8,8 pontos e “tensão-ansiedade” com 8 pontos. Em oposição as dimensões menos pontuadas foram “hostilidade-ira” e a “escala de desajuste ao treino” com pontuação média de 4,8 e 2,2 pontos, respetivamente (Tabela 4).

Tabela 4- Resultados obtidos em cada uma das dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101)

Dimensão	Itens que pontuam na dimensão		Resultados	
	Cotação direta	Cotação reversa	Média	Desvio Padrão
Tensão-ansiedade	1, 12, 16, 20, 31	29	8,0	5,2
Depressão-melancolia	7, 15, 17, 21, 30, 38		6,1	5,6
Hostilidade-ira	2, 9, 14, 25, 28, 37		4,8	4,3
Fadiga-inércia	4, 13, 19, 22, 34, 41		8,8	6,0
Vigor-atividade	5, 8, 10, 32, 39, 27		12,3	5,4
Confusão-desorientação	6, 18, 24, 40	26, 35	6,4	4,1
Escala de desajuste ao treino	3, 11, 23, 33, 36, 42		2,2	3,2

Para uma melhor visualização dos resultados anteriormente apresentados, construiu-se um diagrama de extremos e quartis (gráfico 3), que mostra a variação da pontuação de cada uma das dimensões da escala do Perfil de Estados de Humor. Pode-se constatar que a dimensão vigor atividade é a que tem pontuação tendencialmente mais elevada (o retângulo está mais

acima), em oposição a hostilidade ira, que tem pontuação mais baixa. Os riscos verticais, ou bigodes, por serem grandes (no geral) mostram uma grande variabilidade nas respostas. Alguns elementos (*outliers*) tiveram pontuação que se afasta significativamente dos restantes elementos.

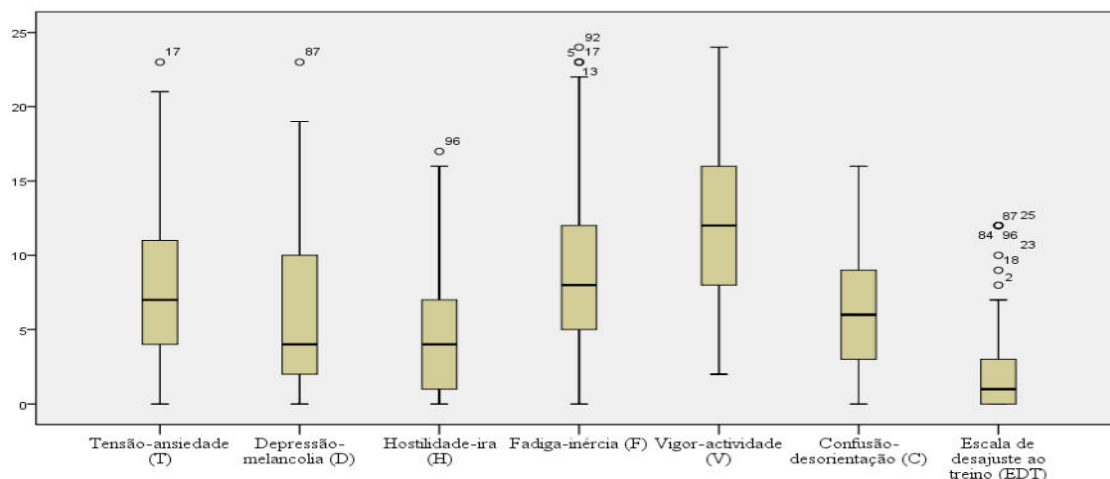


Gráfico 3- Distribuição dos Cuidadores Informais pelos estados de humor (n=101)

A dimensão “Escala de desajuste ao treino” foi calculada, uma vez que faz parte integrante da escala. No entanto os resultados obtidos não foram considerados por não serem aplicáveis a este estudo.

Na tabela 5 apresenta-se a percentagem de respostas para cada item da escala, assinalando a sombreado a opção mais referida. Destacou-se o item “Sem-valor” (81,2%), “Miserável” (86,1%) e “culpado” (88,2%) em que os Cuidadores Informais responderam “Nada”.

Tabela 5- Resultados da avaliação do Perfil de Estados de Humor (n=101)

Item	Dimensão	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
Tenso	T	21,8%	42,6%	15,8%	13,9%	5,9%
Irritado	H	38,6%	28,7%	19,8%	11,9%	1,0%
Imprestável	EDT	65,3%	16,8%	14,9%	3,0%	0,0%
Esgotado	F	22,8%	41,6%	16,8%	11,9%	6,9%
Animado	V	16,8%	22,8%	43,6%	7,9%	8,9%
Confuso	C	58,4%	14,9%	15,8%	5,9%	5,0%
Triste	D	30,7%	31,7%	15,8%	12,9%	8,9%
Ativo	V	4,0%	15,8%	33,7%	30,7%	15,8%
Mal-humorado	H	56,4%	28,7%	12,9%	2,0%	0,0%
Enérgico	V	11,9%	25,7%	28,7%	21,8%	11,9%
Sem valor	EDT	81,2%	9,9%	6,9%	2,0%	0,0%
Inquieto	T	36,6%	46,5%	9,9%	5,0%	2,0%
Fatigado	F	12,9%	35,6%	24,8%	17,8%	8,9%
Aborrecido	H	37,6%	36,6%	15,8%	6,9%	3,0%
Desencorajado	D	47,5%	25,7%	15,8%	5,0%	5,9%

Nervoso	T	24,8%	36,6%	23,8%	7,9%	6,9%
Só	D	50,5%	24,8%	9,9%	11,9%	3,0%
Baralhado	C	56,4%	23,8%	10,9%	7,9%	1,0%
Exausto	F	22,8%	39,6%	16,8%	12,9%	7,9%
Ansioso	T	31,7%	37,6%	7,9%	17,8%	5,0%
Deprimido	D	45,5%	23,8%	18,8%	8,9%	3,0%
Sem energia	F	38,6%	31,7%	18,8%	8,9%	2,0%
Miserável	EDT	86,1%	7,9%	3,0%	2,0%	1,0%
Desnortado	C	71,3%	20,8%	4,0%	4,0%	0,0%
Furioso	H	75,2%	13,9%	4,0%	6,9%	0,0%
Eficaz	C	4,0%	17,8%	29,7%	34,7%	13,9%
Cheio de vida	V	6,9%	26,7%	21,8%	32,7%	11,9%
Com mau feitio	H	60,4%	23,8%	11,9%	4,0%	0,0%
Tranquilo	T	11,9%	25,7%	26,7%	27,7%	7,9%
Desanimado	D	34,7%	32,7%	16,8%	10,9%	5,0%
Impaciente	T	44,6%	23,8%	16,8%	12,9%	2,0%
Cheio de boa disposição	V	6,9%	29,7%	29,7%	16,8%	16,8%
Inútil	EDT	76,2%	17,8%	5,0%	0,0%	1,0%
Estourado	F	31,7%	29,7%	18,8%	10,9%	8,9%
Competente	C	1,0%	9,9%	25,7%	42,6%	20,8%
Culpado	EDT	84,2%	8,9%	5,0%	1,0%	1,0%
Enervado	H	37,6%	40,6%	5,9%	11,9%	4,0%
Infeliz	D	58,4%	24,8%	8,9%	5,9%	2,0%
Alegre	V	9,9%	19,8%	41,6%	17,8%	10,9%
Inseguro	C	41,6%	33,7%	15,8%	7,9%	1,0%
Cansado	F	11,9%	35,6%	22,8%	17,8%	11,9%
Apático	EDT	64,4%	21,8%	8,9%	3,0%	2,0%

C = Confusão-desorientação; D = Depressão-melancolia; E = Escala de desajuste ao treino; F = Fadiga-inércia; H = Hostilidade-ira; T = Tensão-ansiedade; V = Vigor-atividade.

Personalidade do Cuidador Informal

A análise da personalidade do Cuidador Informal foi feita através do Questionário do Inventário da Personalidade (NEO-FFI-20) (Bertoquini e Pais Ribeiro, 2005). A fiabilidade da escala para a amostra estudada foi testada pela determinação do coeficiente *alfa* de *Cronbach*. Para o total de itens da escala, obteve-se um valor de *alfa* de 0,449. O valor de *alfa* para cada uma das dimensões da escala foi: 0,624 para “neuroticismo”; 0,540 para “extroversão”; 0,105 para “abertura à experiência”; 0,550 para “amabilidade”; e 0,694 para “conscienciosidade”.

Na tabela 6 apresenta-se a percentagem de respostas para cada item do questionário do Inventário da Personalidade, assinalando-se a sombreado a opção mais referida em cada um. Salienta-se a resposta “Concordo” às afirmações “Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho” (64,4%), “Sou eficiente e eficaz no meu trabalho” (63,4%),

“Sou uma pessoa muito competente” (62,4%) e “Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas” (60,4%). Na resposta “Neutro” destaca-se a afirmação “Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção” respondida por 40,6% dos Cuidadores Informais. Com resposta “Discordo” às afirmações destacam-se “Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia” (39,6%) e “Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista” (38,6%). As respostas “Discordo Fortemente” e “Concordo Fortemente” às afirmações nunca foram fortemente cotadas.

Tabela 6- Resultados do Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 (n=101)

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Raramente estou triste ou deprimido(a).	5,9%	22,8%	13,9%	49,5%	7,9%
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	0,0%	5,9%	15,8%	55,4%	22,8%
3. A poesia pouco ou nada me diz.	11,9%	16,8%	25,7%	24,8%	20,8%
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	2,0%	1,0%	9,9%	60,4%	26,7%
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	0,0%	1,0%	8,9%	63,4%	26,7%
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	24,8%	27,7%	9,9%	32,7%	5,0%
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	13,9%	39,6%	27,7%	14,9%	4,0%
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	14,9%	11,9%	40,6%	19,8%	12,9%
9. A minha primeira reação é confiar nas pessoas.	1,0%	11,9%	17,8%	50,5%	18,8%
10. Sou uma pessoa muito competente.	1,0%	3,0%	20,8%	62,4%	12,9%
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	5,9%	25,7%	21,8%	39,6%	6,9%
12. Sou uma pessoa muito ativa.	0,0%	9,9%	9,9%	58,4%	21,8%
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	7,9%	8,9%	29,7%	37,6%	15,8%
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	30,7%	38,6%	15,8%	12,9%	2,0%
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	0,0%	3,0%	5,9%	49,5%	41,6%
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	11,9%	17,8%	18,8%	41,6%	9,9%
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	4,0%	26,7%	21,8%	39,6%	7,9%
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	17,8%	26,7%	23,8%	23,8%	7,9%
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	13,9%	34,7%	19,8%	31,7%	0,0%
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	0,0%	3,0%	8,9%	64,4%	23,8%

Relativamente às cinco dimensões da personalidade identificadas pela escala, as predominantes foram: “conscienciosidade”, “amabilidade” e “extroversão” com pontuações médias de 12,4 pontos, 11 pontos e 9,6 pontos, respetivamente. Por outro lado, as dimensões menos pontuadas foram “neuroticismo” e “abertura à experiência” com 7,4 e 7,6 pontos (Tabela 7).

Tabela 7- Resultados das dimensões do Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 (n=101)

Dimensão	Itens que pontuam na dimensão		Resultados	
	Cotação direta	Cotação reversa	Média	Desvio Padrão
Neuroticismo	6, 16	1, 11	7,39	3,209
Extroversão	2, 7, 12, 17		9,63	2,432
Abertura à experiência	8	3, 13, 18	7,56	3,309
Amabilidade	4, 9	14, 19	10,97	2,520
Conscienciosidade	5, 10, 15, 20		12,38	1,964

3.2- ANÁLISE INFERENCIAL

Iniciou-se a análise pela aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com vista a avaliar a normalidade da distribuição das pontuações obtidas nas várias dimensões do Perfil de Estados de Humor e na perturbação total de humor.

Pela observação dos resultados apresentados na tabela 8 pode concluir-se que as dimensões “tensão-ansiedade”, “depressão-melancolia”, “hostilidade-ira”, “fadiga-inércia”, “confusão-desorientação”, “perturbação total de humor” e da “escala de desajuste ao treino” apresentam um valor de prova (*p*) inferior a 0,05, pelo que se considera que violam o princípio da normalidade da distribuição. Assim, a análise correlacional e inferencial que se segue recorrerá a testes estatísticos não paramétricos.

Tabela 8- Resultados da avaliação da normalidade da distribuição nas dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor	Z	p
Tensão-ansiedade	0,131	0,000
Depressão-melancolia	0,173	0,000
Hostilidade-ira	0,153	0,000
Fadiga-inércia	0,123	0,001
Vigor-atividade	0,081	0,105
Confusão-desorientação	0,112	0,003
Perturbação total de humor	0,96	0,023
Escala de desajuste ao treino	0,261	0,000

Para testar a hipótese *H1*- Existe relação entre o perfil sociodemográfico do Cuidador Informal e o seu estado de humor, recorreu-se à análise da idade, do género, do estado civil, da formação literária, da situação ocupacional e da relação com a pessoa que cuida.

Idade

A análise da influência da idade do Cuidador Informal no seu estado de humor foi feita pela aplicação do teste de correlação de *Spearman*. Verificou-se que duas dimensões do Perfil de Estados do Humor se correlacionavam significativamente com a idade, nomeadamente: a dimensão “depressão-melancolia”, que apresenta uma correlação positiva fraca (r_s ente 0,10 e 0,39), indicando que Cuidadores Informais mais velhos tendem a ser mais depressivos, e a dimensão “fadiga-inércia”, que também apresenta uma correlação positiva fraca (r_s ente 0,10 e 0,39), indicando que Cuidadores Informais mais velhos tendem a apresentar mais fadiga (Tabela 9).

Tabela 9- Correlação entre a idade do cuidador e as dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor	Idade do cuidador	
	r_s	p
Tensão-ansiedade	0,167	0,096
Depressão-melancolia	0,237	0,017
Hostilidade-ira	0,139	0,166
Fadiga-inércia	0,201	0,043
Vigor-atividade	0,016	0,875
Confusão-desorientação	0,173	0,083
Perturbação total de humor	0,104	0,303
Escala de desajuste ao treino	0,131	0,192

Género

Para comparação dos resultados das diferentes dimensões do humor em função género do Cuidador Informal usou-se o teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes. Os resultados do teste são apresentados na tabela 10, de onde se verifica que não apresentam diferenças estatisticamente significativas a nível das diferentes dimensões do humor, da perturbação total do humor ou da escala de desajuste do treino, entre os diferentes géneros.

Tabela 10- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base no género do cuidador (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor	Masculino	Feminino	<i>p</i>
Tensão-ansiedade	8,6 ± 5,4	7,9 ± 5,2	0,424
Depressão-melancolia	7,1 ± 5,7	5,9 ± 5,6	0,300
Hostilidade-ira	5,4 ± 3,6	4,6 ± 4,5	0,228
Fadiga-inércia	9,1 ± 5,0	8,7 ± 6,3	0,570
Vigor-atividade	12,0 ± 4,6	12,3 ± 5,6	0,775
Confusão-desorientação	6,8 ± 4,0	6,3 ± 4,2	0,527
Perturbação total de humor	126,4 ± 27,3	120,6 ± 26,0	0,317
Escala de desajuste ao treino	1,9 ± 3,1	2,3 ± 3,2	0,415

Estado civil

Compararam-se os resultados das dimensões do Perfil de Estados de Humor tendo em conta o estado civil do Cuidador Informal, através do teste de *Kruskal-Wallis*.

Da observação dos resultados apresentados na tabela 11 constata-se que o nível de “depressão-melancolia” e de “perturbação total do humor” são influenciados significativamente pelo estado civil dos Cuidadores Informais. Isto é, em pelo menos um dos estados civis analisados, a distribuição dos valores de “depressão-melancolia” difere significativamente das distribuições dessa mesma dimensão do humor em outro estado civil.

Tabela 11- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base no estado civil do Cuidador Informal (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor	Casado	Solteiro	União	Divorciado	Viúvo	<i>p</i>
Tensão-ansiedade	8,0 ± 5,2	7,2 ± 5,6	7,0 ± 8,2	7,8 ± 3,8	11,3 ± 4,9	0,616
Depressão-melancolia	6,3 ± 5,5	4,0 ± 4,7	3,0 ± 4,4	4,2 ± 4,4	14,5 ± 6,1	0,034
Hostilidade-ira	4,6 ± 4,0	3,4 ± 3,8	5,7 ± 9,0	5,2 ± 4,6	10,5 ± 6,2	0,179
Fadiga-inércia	8,9 ± 5,9	6,7 ± 5,0	9,3 ± 12,9	8,0 ± 3,0	14,8 ± 7,9	0,363
Vigor-atividade	12,1 ± 5,4	13,1 ± 5,5	14,7 ± 4,6	12,2 ± 7,3	10,8 ± 5,4	0,894
Confusão-desorientação	6,7 ± 4,0	4,9 ± 4,7	3,0 ± 2,6	6,2 ± 4,4	8,5 ± 4,1	0,175
Perturbação total de humor	123,3 ± 25,9	125,9 ± 23,3	114,6 ± 18,9	89,0 ± 13,3	134,3 ± 50,9	0,046
Escala de desajuste ao treino	2,3 ± 3,2	1,5 ± 2,2	0,7 ± 1,2	1,4 ± 1,3	5,8 ± 6,1	0,612

Pela comparação múltipla de médias das ordens verifica-se que Cuidadores Informais solteiros apresentam níveis de “depressão-melancolia” significativamente inferiores aos viúvos

($p_{aj} = 0,036$) e que Cuidadores Informais divorciados apresentam níveis de “perturbação total de humor” inferior a casados e solteiros ($p_{aj} = 0,003$ e $0,004$ respetivamente).

Formação literária

Compararam-se também os resultados das dimensões do Perfil de Estados de Humor, de acordo com a formação literária do Cuidador Informal, através do teste de *Kruskal-Wallis*. A opção “outro”, apenas com uma resposta não foi tida em consideração na análise.

Da observação dos resultados apresentados na tabela 12 constata-se que nas dimensões “depressão-melancolia” e “hostilidade-ira” existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Tabela 12- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base na formação literária do cuidador (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor	Não sabe ler e escrever	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	12º Ano	Ensino Superior	p
Tensão-ansiedade	12,0 ± 4,3	8,5 ± 5,5	6,8 ± 7,5	6,8 ± 4,2	6,3 ± 4,5	9,1 ± 5,1	0,084
Depressão-melancolia	12,5 ± 4,9	6,9 ± 5,7	6,7 ± 9,2	4,3 ± 3,6	3,8 ± 3,7	6,4 ± 5,6	0,025
Hostilidade-ira	10,0 ± 3,6	4,9 ± 4,3	3,3 ± 4,4	4,1 ± 4,4	3,3 ± 3,4	5,1 ± 3,9	0,025
Fadiga-inércia	14,5 ± 5,1	9,4 ± 6,7	7,7 ± 8,0	7,8 ± 6,3	6,7 ± 4,4	9,2 ± 4,6	0,072
Vigor-atividade	10,7 ± 5,2	12,2 ± 5,9	14,5 ± 6,7	11,9 ± 5,4	13,4 ± 5,4	11,0 ± 4,5	0,517
Confusão-desorientação	9,8 ± 3,3	6,9 ± 4,4	4,8 ± 5,7	4,9 ± 2,9	5,7 ± 3,9	6,6 ± 4,0	0,131
Perturbação total de humor	126,3 ± 14,0	120,8 ± 28,3	133,5 ± 25,1	118,6 ± 22,5	115,4 ± 25,7	125,9 ± 26,4	0,416
Escala de desajuste ao treino	6,5 ± 6,0	2,4 ± 2,8	2,5 ± 4,7	1,2 ± 2,2	1,2 ± 1,6	2,1 ± 2,7	0,102

Pela comparação múltipla de médias das ordens verifica-se que Cuidadores Informais que não sabem ler nem escrever apresentam níveis de “depressão-melancolia” e “hostilidade-ira” superiores a Cuidadores Informais com 12º anos de escolaridade ($p_{aj} = 0,019$ e $0,014$ respetivamente).

Situação ocupacional

Comparando os resultados das dimensões do Perfil de Estados de Humor, de acordo com a situação ocupacional do Cuidador Informal, através do teste de *Kruskal-Wallis*,

verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na pontuação da dimensão “depressão-melancolia”, com base na situação ocupacional do Cuidador Informal (Tabela 13).

Tabela 13- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base na situação ocupacional do cuidador (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor	Tempo inteiro	Tempo parcial	Aposent.	Desemp.	Doméstica	Outra	p
Tensão-ansiedade	6,8 ± 5,1	2,5 ± 2,1	9,4 ± 5,3	7,4 ± 4,8	7,9 ± 5,2	9,0 ± 6,2	0,164
Depressão-melancolia	4,2 ± 4,9	1,0 ± 1,4	7,5 ± 6,0	4,9 ± 4,6	7,9 ± 6,2	7,7 ± 5,9	0,048
Hostilidade-ira	3,6 ± 3,7	1,5 ± 2,1	5,6 ± 4,4	3,6 ± 3,7	4,9 ± 3,4	8,4 ± 7,0	0,200
Fadiga-inércia	7,6 ± 5,0	5,5 ± 3,5	10,3 ± 6,7	6,1 ± 5,3	9,2 ± 4,5	12,1 ± 8,0	0,158
Vigor-atividade	12,4 ± 5,1	12,5 ± 3,5	12,1 ± 6,2	13,7 ± 5,8	10,8 ± 5,1	11,9 ± 2,9	0,849
Confusão-desorientação	5,6 ± 3,8	5,0 ± 2,8	7,1 ± 4,4	5,1 ± 3,7	7,8 ± 4,8	6,0 ± 4,3	0,487
Perturbação total de humor	123,4 ± 25,9	128,0 ± 2,8	125,2 ± 27,0	114,1 ± 21,0	115,5 ± 29,5	124,3 ± 34,0	0,696
Escala de desajuste ao treino	1,4 ± 2,3	0,0 ± 0,0	2,3 ± 3,1	2,4 ± 3,4	3,8 ± 4,3	2,57 ± 4,3	0,189

Utilizando os valores de significância ajustados pela correção de *Bonferroni*, não foi possível identificar diferenças significativas entre pares.

Relação com a pessoa que cuida

Por fim, compararam-se as dimensões do estado de humor do Cuidador Informal tendo em contra a relação de parentesco com a pessoa alvo dos cuidados. Utilizou-se, uma vez mais, o teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes. Os resultados são apresentados na tabela 14, podendo-se verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois tipos de relação cuidador/pessoa cuidada nos domínios “depressão-melancolia”, “hostilidade-ira”, “fadiga-inércia”, “confusão-desorientação” e também na “escala de desajuste ao treino”.

Tabela 14- Comparação das dimensões do Perfil de Estados de Humor com base na relação com a pessoa que cuida (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor	Cônjuge	Irmão	Genro Nora	Filho	Amigo	<i>p</i>
Tensão-ansiedade	9,6 ± 4,9	9,5 ± 9,2	8,1 ± 5,7	7,4 ± 5,3	5,0 ± 3,4	0,187
Depressão-melancolia	8,8 ± 5,1	5,5 ± 3,5	3,6 ± 4,6	5,5 ± 5,8	2,0 ± 1,9	0,003
Hostilidade-ira	6,4 ± 4,3	9,0 ± 2,8	3,8 ± 3,2	4,1 ± 4,4	1,6 ± 2,1	0,013
Fadiga-inércia	11,6 ± 6,2	11,5 ± 0,7	6,4 ± 4,6	7,8 ± 5,7	6,0 ± 6,2	0,018
Vigor-atividade	11,1 ± 5,6	13,0 ± 2,8	13,3 ± 5,8	12,7 ± 5,4	12,6 ± 5,4	0,722
Confusão-desorientação	8,4 ± 3,5	10,5 ± 6,4	5,5 ± 3,8	5,4 ± 4,2	4,4 ± 2,9	0,005
Perturbação total de humor	123,4 ± 27,2	120,0 ± 56,6	134,1 ± 28,7	119,4 ± 25,5	119,0 ± 15,3	0,798
Escala de desajuste ao treino	3,4 ± 3,6	3,0 ± 4,2	1,0 ± 2,4	1,9 ± 3,1	0,6 ± 0,9	0,022

Pela comparação múltipla de médias das ordens verifica-se que:

- Cuidadores Informais cônjuges ou companheiros apresentam níveis de depressão-melancolia superiores a amigos ou vizinhos e a filhos ($p_{aj} = 0,049$ e $0,014$, respetivamente);
- Cuidadores Informais cônjuges ou companheiros apresentam níveis de “confusão-desorientação” superior a cuidadores filhos ($p_{aj} = 0,005$).

A nível das dimensões “hostilidade-ira”, “fadiga-inércia” e “escala de desajuste ao treino”, utilizando os valores de significância ajustados pela correção de *Bonferroni*, não foi possível identificar diferenças significativas entre pares.

Para testar a hipótese *H2* - Existe relação entre a sobrecarga do Cuidador Informal e o seu estado de humor, aplicou-se o teste de correlação de *Spearman*. Testou-se a existência de correlação entre a pontuação total da Escala da Sobrecarga do Cuidador e a pontuação obtida nas diferentes dimensões do Perfil de Estados de Humor.

Verificou-se que a pontuação total da Escala de Sobrecarga do Cuidador apresentava correlações significativas ($p < 0,05$) com todas as dimensões do Perfil de Estados de Humor. O aumento do nível de sobrecarga estava associado a aumento das dimensões “depressão-melancolia” (correlação forte), “fadiga-inércia” (correlação forte), “tensão-ansiedade” (correlação moderada), “hostilidade-ira” (correlação moderada), “confusão-desorientação” (correlação moderada) e também ao aumento da pontuação da “escala de desajuste ao treino” (correlação moderada). Ao invés, o mesmo aumento do nível de sobrecarga associava-se a uma

diminuição do “vigor-atividade” (correlação negativa fraca). Em oposição a perturbação total de humor não apresenta correlação com a sobrecarga do cuidador. Os resultados são apresentados na tabela 15.

Tabela 15- Correlação entre a Escala de Sobrecarga do Cuidador e as dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor	Escala da Sobrecarga do Cuidador	
	r_s	p
Tensão-ansiedade	0,666	<0,001
Depressão-melancolia	0,731	<0,001
Hostilidade-ira	0,653	<0,001
Fadiga-inércia	0,723	<0,001
Vigor-atividade	-0,303	0,002
Confusão-desorientação	0,610	<0,001
Perturbação total de humor	0,627	- 0,049
Escala de desajuste ao treino	0,520	<0,001

Para testar a hipótese *H3* - Existe relação entre a personalidade do Cuidador Informal e o seu estado de humor, aplicou-se o teste de correlação de *Spearman*. Testou-se a existência de correlação entre a pontuação obtida nas diferentes dimensões da personalidade, identificadas pelo Inventário da Personalidade NEO-FFI-20, e a pontuação obtida nas diferentes dimensões do Perfil de Estados de Humor.

A dimensão de personalidade “neuroticismo” destaca-se por se correlacionar de forma significativa ($p < 0,05$) com todas as dimensões do humor. O aumento da pontuação nesta dimensão da personalidade está associado ao aumento de “tensão-ansiedade”, “depressão-melancolia”, “hostilidade-ira”, “fadiga-inércia”, “confusão-desorientação” e também ao aumento da pontuação na “escala de desajuste” (correlações positivas). Em oposição o “neuroticismo” está associado a redução do “vigor-atividade” (correlação negativa).

A “extroversão” tem um comportamento oposto ao “neuroticismo”. Correlaciona-se de forma negativa com as dimensões do humor “tensão-ansiedade”, “depressão-melancolia”, “confusão-desorientação” e “escala de desajuste”, e correlaciona-se de forma positiva com a dimensão “vigor-atividade”. Assim, Cuidadores Informais extrovertidos são menos ansiosos, menos depressivos, menos desorientados, menos desajustados e mais vigorosos.

A dimensão “amabilidade”, por sua vez, apresenta correlação negativa com as dimensões do Humor “tensão-ansiedade”, “hostilidade-ira” e “confusão-desorientação”. Ou

seja, Cuidadores Informais mais amáveis são menos ansiosos, menos hostis e menos confusos/desorientados.

Em relação à “conscienciosidade”, relaciona-se positivamente com “vigor-atividade” e negativamente com “confusão-desorientação”. Assim, Cuidadores Informais mais conscienciosos são geralmente mais vigorosos e menos confusos/desorientados.

Os resultados são apresentados na tabela 16, onde as correlações significativas surgem assinaladas a sombreado.

Tabela 16- Correlação entre as dimensões da personalidade do Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 e as dimensões do Perfil de Estados de Humor (n=101)

Dimensões do Perfil de Estados de Humor		Dimensões do Inventário da Personalidade NEO-FFI-20				
		Neuroticismo	Extroversão	Abertura à experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
Tensão-ansiedade	r_s	0,624	-0,37	-0,114	-0,23	-0,077
	p	<0,001	<0,001	0,254	0,021	0,444
Depressão-melancolia	r_s	0,708	-0,283	-0,144	-0,151	-0,141
	p	<0,001	0,004	0,152	0,133	0,16
Hostilidade-ira	r_s	0,542	-0,166	-0,136	-0,291	-0,088
	p	<0,001	0,097	0,174	0,003	0,382
Fadiga-inércia	r_s	0,539	-0,177	-0,159	-0,192	-0,101
	p	<0,001	0,076	0,112	0,054	0,314
Vigor-atividade	r_s	-0,459	0,649	0,057	0,075	0,396
	p	<0,001	<0,001	0,571	0,455	<0,001
Confusão-desorientação	r_s	0,61	-0,339	-0,136	-0,239	-0,273
	p	<0,001	0,001	0,174	0,016	0,006
Perturbação total de humor	r_s	0,064	-0,121	-0,034	0,052	-0,199
	p	0,523	0,228	0,723	0,606	0,046
Escala de desajuste ao treino	r_s	0,563	-0,26	-0,094	-0,171	-0,168
	p	<0,001	0,009	0,349	0,088	0,092

3.3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo é inovador ao abordar o Cuidador Informal não só na vertente de sobrecarga, mas também ao nível do seu estado de humor, não havendo muitos registos semelhantes em Portugal.

Comparando este estudo com outros realizados, relativamente à caracterização sociodemográfica encontramos resultados semelhantes, nomeadamente com André (2014) e Loureiro (2016) a nível nacional e com Brigiola *et al.* (2015) e Meltcalfe *et al.* (2019), a nível internacional.

Da análise da relação entre as dimensões da personalidade e o estado de humor, verifica-se que os resultados deste estudo também estão em consonância com os resultados obtidos por André (2014) a nível nacional, Spencer (2012) e Gil, Montero, Fayos, Gullón e Pinto (2015) a nível internacional.

André (2014) conclui que o grupo de Cuidadores Informais com o parentesco sobrinho é o que apresenta mais sintomatologia depressiva, ao passo que, neste estudo, verifica-se que Cuidadores Informais cônjuges ou companheiros são os que apresentam níveis mais elevados de “depressão-melancolia”, não sendo, no entanto, possível efetuar esta comparação por a amostra não incluir cuidadores com esse grau de parentesco.

Relativamente ao aumento do nível de sobrecarga e o estado de humor, este estudo está em concordância a nível nacional com André (2014) e a nível internacional com Dzul-Gala, *et al.* (2018), Legget, Zarit, Kim, Almeida e Klein (2015).

Ao longo deste trabalho sentiram-se algumas dificuldades e limitações na sua realização.

Uma delas prendeu-se com o facto da literatura científica existente referente aos problemas dos Cuidadores Informais portugueses ser escassa ao nível da produção de estudos com o intuito de descrever a experiência do Cuidador Informal. Apesar de existir alguma produção de estudos internacionais nesta área, eles são encontrados num formato fracionado nos diversos domínios de avaliação psicológica e física. Outra dificuldade resulta do facto de o estudo ter sido realizado no interior de Portugal, onde se verifica uma grande dispersão geográfica de indivíduos, tendo sido necessário percorrer muitos quilómetros até chegar ao domicílio dos Cuidadores Informais, implicando muito tempo de viagem e custos associados às deslocações. Muitos dos Cuidadores Informais encontravam-se muito isolados, pelo que aproveitavam o momento da entrevista para conversar com o investigador ou o Enfermeiro Especialista, fazendo com que os formulários levassem por vezes mais tempo a ser preenchidos.

Quanto a limitações, este estudo não teve uma amostragem aleatória, foi obtida por conveniência do investigador. A percepção da sobrecarga do Cuidador Informal pode ser influenciada pelo estado de humor do inquirido, naquele momento, podendo causar enviesamento dos resultados. Os resultados obtidos não podem ser generalizados.

Seria interessante aprofundar em estudos futuros a influência da idade e do nível de dependência da pessoa cuidada no estado de humor do Cuidador Informal. Outros estudos poderiam de certa forma complementar este, nomeadamente os que analisassem o efeito da personalidade na percepção de sobrecarga do Cuidador Informal, os fatores associados à sobrecarga do Cuidador Informal e os fatores protetores de sobrecarga do Cuidador Informal, como sejam, programas de intervenção existentes a nível das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

CONCLUSÕES

Dando resposta às inquietações delineadas no início do estudo, pode-se concluir que, de acordo com os resultados obtidos, o Cuidador Informal tem uma média de idade 59,9 anos, na sua maioria com idade superior a 70 anos; são na maioria mulheres casadas e filhas da pessoa dependente de que cuidavam; têm como formação literária predominante o 1.º Ciclo do Ensino Básico; além de Cuidadores Informais, são aposentados.

Analisando a sobrecarga do cuidador constatou-se que 41,6% Cuidadores Informais encontravam-se em sobrecarga intensa, 22,8% em sobrecarga ligeira e 35,6% sem sobrecarga.

Relativamente ao estado de humor do Cuidador Informal, constata-se que a dimensão com pontuação mais elevada foi “vigor-atividade”, seguida pela “fadiga-inércia” e “tensão-ansiedade”. Em contrapartida as dimensões menos pontuadas foram “hostilidade-ira” e a “escala de desajuste ao treino”.

Quanto às dimensões da personalidade, destaca-se a predominância da “conscienciosidade”, “amabilidade” e “extroversão”. Em oposição, as menos pontuadas foram “neuroticismo” e “abertura à experiência”.

Concluiu-se ainda que, Cuidadores Informais mais velhos tendem a ser mais depressivos e a apresentar mais fadiga. Relativamente ao género não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Resulta também do estudo que os Cuidadores Informais solteiros apresentam menos “depressão-melancolia” e que os viúvos e os divorciados apresentam níveis de “perturbação total de humor” inferior a casados e solteiros.

Verificou-se que Cuidadores Informais que não sabem ler nem escrever apresentavam níveis de “depressão-melancolia” e “hostilidade-ira” superiores a Cuidadores Informais com o 12º. Ano de escolaridade.

Relativamente à situação ocupacional não foi possível identificar diferenças significativas entre pares.

Na relação com a pessoa cuidada, constatou-se que Cuidadores Informais cônjuges ou companheiros apresentam níveis de “depressão-melancolia” superiores a amigos ou vizinhos e a filhos; Cuidadores Informais cônjuges ou companheiros apresentam níveis de “confusão-desorientação” superior a Cuidadores Informais filhos; relativamente às dimensões “hostilidade-ira”, “fadiga-inércia” e “escala de desajuste ao treino” não foi possível identificar diferenças significativas entre pares.

A influência da sobrecarga do Cuidador Informal no perfil do estado de humor permitiu concluir que o aumento do nível de sobrecarga estava associado a aumento das dimensões “depressão-melancolia” (correlação positiva forte), “fadiga-inércia” (correlação positiva forte), “hostilidade-ira” (correlação positiva moderada), “tensão-ansiedade” (correlação positiva moderada), “confusão-desorientação” (correlação positiva moderada) e “escala de desajuste ao treino” (correlação positiva moderada). Ao contrário, o mesmo aumento do nível de sobrecarga associava-se a uma diminuição do “vigor-atividade” (correlação negativa fraca). Além disso, a “perturbação total de humor” não apresenta correlação com a sobrecarga do cuidador.

A influência da personalidade do Cuidador Informal tem repercussões no seu estado de humor; a dimensão da personalidade “neuroticismo” correlaciona-se com todas as dimensões do humor. Assim sendo, o aumento da pontuação nesta dimensão está associado ao aumento de “tensão-ansiedade”, “depressão-melancolia”, “hostilidade-ira”, “fadiga-inércia”, “confusão-desorientação” e “escala de desajuste ao treino”. Em oposição, o “neuroticismo” está associado a redução do “vigor-atividade”. A “extroversão” tem um comportamento oposto ao “neuroticismo”; correlaciona-se de forma negativa com as dimensões do humor “tensão-ansiedade”, “depressão-melancolia”, “confusão-desorientação” e “escala de desajuste ao treino” e correlaciona-se de forma positiva com a dimensão “vigor-atividade”. Perante estes valores conclui-se que Cuidadores Informais extrovertidos são menos ansiosos, menos depressivos, menos desorientados, menos desajustados e mais vigorosos. A “amabilidade” apresenta correlação negativa com as dimensões do humor “tensão-ansiedade”, “hostilidade-ira” e “confusão-desorientação”, afirmando-se que Cuidadores Informais mais amáveis são menos ansiosos, menos hostis e menos confusos/desorientados. Por sua vez, a “conscienciosidade” relaciona-se positivamente com “vigor-atividade” e negativamente com “confusão-desorientação” concluindo-se que Cuidadores Informais mais conscienciosos são geralmente mais vigorosos e menos confusos e desorientados.

Os resultados obtidos neste estudo estão em harmonia com os teóricos estudados, comprovando que devem ser disponibilizadas redes de serviços de suporte às famílias de pessoas com perdas funcionais e dependentes, fundamentais para o apoio social do Cuidador Informal, melhorando a sua qualidade de vida. A implementação da Lei n.º 100/2019, 6 setembro, que aprova o Estatuto do Cuidador Informal, bem como a sua regulamentação, pode vir a constituir um apoio suplementar para ajudar a satisfazer as necessidades e que era há muito tempo (solicitado/reclamado) pelos Cuidadores Informais. Foram até ao momento publicadas duas Portarias no Diário da República, 1.ª série: a Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro que regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do estatuto do Cuidador Informal; e a

Portaria n.º 64/2020 de 10 de março que define os termos e as condições de implementação dos projetos-piloto, a implementar em alguns territórios previstos no Estatuto do Cuidador Informal.

Perante os resultados obtidos, considera-se importante a sua divulgação perante os Enfermeiros das diferentes Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados da ULS da região centro, abrindo-se espaço para reflexão sobre esta temática, tendo em consideração as intervenções já realizadas e as que se podem delinear para o futuro.

Seria interessante criar um projeto de intervenção de apoio ao Cuidador Informal que envolvesse todas as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados desta ULS da região centro, de modo a dar uma resposta mais eficiente, integrada e apoiada em bases científicas ao Cuidador Informal.

Como implicações para a prática de enfermagem e no apoio ao Cuidador Informal, este deve ter direito a um Enfermeiro de referência que lhe permita aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação, com o intuito de desenvolver conhecimentos, capacidades e segurança nos cuidados a prestar à pessoa com dependência, diminuindo a sua ansiedade na prestação de cuidados. O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar poderá criar grupos de autoajuda e incentivar a participação dos Cuidadores Informais para partilharem as suas experiências e exporem os seus medos e dúvidas, diminuindo o seu isolamento e melhorando o seu estado de humor. No caso de se verificar sobrecarga intensa do Cuidador Informal, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar deve programar e realizar mais visitas domiciliárias de forma a aconselhar, acompanhar, capacitar e formar melhor este Cuidador Informal, para que se sinta mais apoiado e saber que pode contar com um profissional qualificado e disponível para o apoiar.

É muito importante a existência de estruturas e redes de apoio que permitam aliviar a sobrecarga do Cuidador Informal, melhorando a sua saúde e qualidade de vida. Para isso é muito importante que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar consiga agilizar uma correta articulação Família-Cuidados de Saúde Primários-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados-equipas da segurança social, permitindo uma gestão eficaz da “carga” do Cuidador Informal, disponibilizando-se de forma célere vagas para o descanso do cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acioli, S. (2008). A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 117-121.
- Albuquerque, C. (2011). *Cuidador Informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária*. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu: Viseu.
- Almeida, J. e Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa: Lisboa.
- Alonso, C., Béguin, P. e Duarte, F. (2018). Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista Saúde Pública*. 52(14), 1-13.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- André, S. (2014). *Estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais: contributos para melhor cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Anesthensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. e Whitlatch, C. (1997). *Profiles in caregiving: the unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de vida*. 25(2), 59-66.
- Baldaçara, L., Bueno, C., Lima, D., Nóbrega, L. e Sanches, M. (2007). Humor e afeto. Como defini-los?. *Arquivos Médicos dos Hospitais Faculdade Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, 52(3), 108-113.
- Baquero, B. (2005). *El humor en la relación com el paciente*. Barcelona: Masson

Benevides-Pereira, A. (2002). O processo de adoecer pelo trabalho. In A.M.T., Benevides-Pereira (org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bertoquini, V. e Pais Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade. *Psychologica* 43, 193-210.

Bison, R., Almeida, D., Santos, J. e Furegato, A. (2013). Validación de la escala de evaluación del significado del cuidado. *Cultura de los Cuidados*, 17(37), 90-98.

Black, D. *et al.* (2011). Attitudes Toward Borderline Personality Disorder: A Survey of 706 Mental Health Clinicians. *CNS spectrums*, 16(3), 579-586.

Brereton, L. e Nolan, M. (2000). You do know he's had a stroke, don't you? Preparation for family care-giving – the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 498-506.

Brigola, A., Rossetti, E., Santos, B., Neri, A., Zazzetta, M., Inouye, K. e Pavarini, S. (2015). Relationship between cognition and frailty in elderly: A systematic review. *Dementia & Neuropsychology*, 9(2), 110-119.

Caldeira, A. e Ribeiro, R. (2004). O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 11(2), 02-06.

Cheniaux Jr, E. (2002). Afetividade. In: Cheniaux Jr E. *Manual de psicopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 87 - 93.

Chick, N. e Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. Chinn (Ed.), *Nursing Research methodology: issues and implementation*. Rockville: Aspen.

Clark, L. e Watson, D. (1999). Temperament: a new paradigm for trait psychology. In L.A. Pervin (Ed.). *Handbook of personality: Theory and research* (399-423). New York. The Guilford Press.

Costa, S. e Castro, E. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 979-986.

Costa, P., Yang, J. e McCrae, R. (1998). Aging and personality traits: Generalizations and clinical implications. In I. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, P. Fromholt, (Eds.), *Clinical Geropsychology* (33-48). Washington, DC: American Psychological Association.

Couto, A., Caldas, C. e Castro, E. (2018). Family caregiver of older adults and Cultural Care in nursing care. *Revista Brasileira Enfermagem*, 71(3), 959-966.

Criado, C. e Mateos, P. (2008). Dispositional pessimism, defensive pessimism and optimism: The effect of induced mood on prefactual and counterfactual thinking and performance. *Cognition and emotion*, 22, 1600-1612.

Dalgalarrodo, P. (2000). A afetividade e suas alterações. In: Dalgalarrodo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 100 - 141.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República n.º 109/2006 - 1.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA (1964). Adotada pela Associação Médica Mundial em 1964.

Dzul-Gala, F. *et al.* (2018). Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades neuromusculares. *Revista Biomédica*, 29(3), 61-69.

Figueiredo, M. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Flesch, L. e Araújo, T. (2014). Alta hospitalar de pacientes idosos: Necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estudos de Psicologia*, 19(3), 227-235.

García, E. (2013). Territorialidad y reivindicación social: reflexiones en torno al barrio de La Prosperitat/Barcelona desde la perspectiva del adulto mayor. *Revista Educación y Humanismo*, 25(15), 59-72.

García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

García, M., Mateo, I. e Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.

Gil, R., Montero, F., Fayos, E., Gullón, J. e Pinto, A. (2015). Otimismo, burnout e estados de humor em desportos de competição. *Análise Psicológica*, 2 (33), 221-233.

Gleitman, H. (1999). *Psicologia* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gonçalves, L. (2002). *Familiares de idosos atendidos na Clínica da Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale Itajaí-Univali*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

Gonçalves, L., Alvarez, A. e Santos, S. (2005). Cuidadores leigos de pessoas idosas. In Y. A. O. Duarte, e M. J. D. Diogo (Eds.). *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.

Governo de Portugal. (2009). *Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) – Carta Social: A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. (1ª ed.). Gabinete de Estratégia e Planeamento.

Governo de Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa.

Hansenne, M. (2003). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi

Hoepers, N., Nascimento, L., Urbano, S., Domingui, D., Pavei, S., Zanini, M. e Hansen, P. (2016). Ações do enfermeiro da estratégia saúde da família na promoção do envelhecimento saudável. *Revista Inova Saúde*, 5(1), 42-56.

Jiménez, D., Salvá, A., Travieso, D., Roche, R., Tocabens, B. e Rosa, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 51(2). 174-183.

José, H. (2006). Humor: que papel na saúde? Uma revisão da literatura. *Pensar Enfermagem*. 10(2), 2-18.

José, H. e Parreira, P. (2008). Adaptação para português da escala multidimensional do sentido de humor (MSHS). *Revista de Enfermagem Referência*. 2(6). 7-18.

John, O. e Srivastasa, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: history, measurement and theoretical perspectives. In L.A. Pervin (Ed.). *Handbook of personality: Theory and research* (102-138). New York. The Guilford Press.

Junior, B., Blumenthal, H. e Garner, A. (2015). Social Support and Grandparent Caregiver Health: One-Year Longitudinal Findings for Grandparents Raising Their Grandchildren. *Journal of Gerontology, Series B Psychol Sci Soc Sci*, 70(5), 804-812.

Lage, I. (2005). Cuidadores familiares a idosos. In: C. Paúl e A. M. Fonseca. (Eds.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Lampert, M. e Rosso, A. (2015). Depression in elderly women resident in a long-stay nursing home. *Dementia & Neuropsychology*, 9(1), 76-80.

Leggett, A., Zarit, S., Kim, K., Almeida, D. e Klein, L. (2015). Depressive Mood, Anger, and Daily Cortisol of Caregivers on High- and Low-Stress Days. *Journal Gerontology, Series B Psychol Sci Soc Sci*, 70(6), 820-829.

Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. *Diário da República n.º 171/2019 - 1.ª série*. Assembleia da República. Lisboa.

Lima, M. (1997). *NEO-PI-R: contextos teóricos e psicométricos "OCEAN" ou "iceberg"?*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Loureiro, A. (2016). *Intervenção do enfermeiro de família na gestão de sobrecarga do cuidador informal*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.

Mahoney, F. e Barthel D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14: 56-61.

Maroco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW statistics (ex-SPSS)*. ReportNumber, Pero Pinheiro.

Marin, M., Bazaglia, F., Massarico, A., Silva, C., Campos, R. e Santos, S. (2010). Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Revista Escola Enfermagem USP*. 44(4):962-968

Martín, M. *et al.* (1996). Adaptacion para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontologia*, 6, 338-346.

Martin, R., Watson, D. e Wan, C. (2000). A three factor model of trait anger: dimensions of affect, behaviour and cognition. *Journal of Personality*, 68: 869-892.

McCrae, R. e Costa, P. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness *In an adult sample*. *Journal of Personality*, 54, 385–405.

McCrae, R. e Stone, S. (1997). Personality. *In* A. Baunn, S. Newman, L., J. Weinman, R. West e C. McManus. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. *et al.* (2000). Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.

Meleis, A. e Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.

Melo, R., Rua, M. e Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(2). 143-151.

Metcalfe, I. *et al.* (2019). Desigualdades de Género en los Impactos Del Cuidado Informal de Mayores Dependientes en Gipuzkoa: Estudio Cuidar-se. *Revista Espanhola Salud Pública*, 93, 1-13.

Neri, A. e Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador *In* A. L. Neri, M. E. B. Pinto, C. Sommerhalder, M. R. Perracini e D. R. Yuaso, Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea.

Norlander, T. e Archer, T. (2002). Predicting performance in ski and swim championship: Effectiveness of mood, perceived, exertion, and dispositional optimism. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 153-164.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho publicado no Diário da República 2.ª série - N.º 124.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho publicado no Diário da República 2.ª série - N.º 135.

Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5ª ed.). St. Louis: Library of Congress.

Penson, R., et al. (2005). Laughter: The Best Medicine?. *The Oncol*, 10, 651–660

Pérez, J., Abanto, J. e Labarta, J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos de deterioro cognitivo (demência). *Atencion Primaria*, 18, 194-202.

Pinto, E. e Rosa, M. (2013). Regresso do doente ao domicílio: importância do nível de dependência e do apoio familiar. *Servir*, 58(1-2), 79-89.

Pocinho, R., Belo, P., Melo, C., Navarro-Pardo, E. e Muñoz, J. (2017). Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal. *Revista Educación y Humanismo*, 19(32), 88-101.

Pordata. (2019). *Retrato de Portugal na Europa, Edição 2019*. Lisboa.

Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro. *Diário da República n.º 24/2017 - 1.ª série*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro. *Diário da República n.º 7/2020 - 1.ª série*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa.

Portaria n.º 64/2020 de 10 de março. *Diário da República n.º 49/2020 - 1.ª série*. Ministério das Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Lisboa.

Queirós, P. (2015). Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(5). 139-146.

Rainbow, M., Hauser, J. e Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. *The Journal of the American Medical Association*, 291(4), 483-491.

Ramos, J. e Menezes, M. (2012). Elderly care with alzheimer disease: a focus on the theory of cultural care. *Rev Rene*, 13(4):805-815.

Rebollo, I. e Harris, J. (2006). Genes, ambiente e personalidade. In C.E. Flores-Mendoza e R. Colom (Orgs.). *Introdução à Psicologia das diferenças individuais* (300-322). Porto Alegre: Artmed.

Renaud, I. (2010). O cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 2-8.

Riera, J. e Casado, R. (2014). *Manual Prático de enfermería comunitária*. Barcelona: Elsevier, 138-147.

Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: Um estudo no concelho da Lourinhã*. Dissertação de mestrado em comunicação e saúde, Universidade Aberta, Lisboa.

Sarmiento, E., Pinto, P. e Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.

Schober *et al.* (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*.126 (5), 1763-1768.

Segerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M., e Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change *In response to stress. Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 646-1655.

Sequeira, C. (2010a). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 2(12), 9-16.

Sequeira, C. (2010b). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2.^a ed). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas.

Showers, C. (1992). The motivational and emotional consequences of considering positive or negative possibilities for an upcoming event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 474-483.

Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 619-625.

Silva, I. e Nakano, T. (2011). Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 51-62.

Silva, M. e Gimens, O. (2000). Eu: O cuidador. *O Mundo da Saúde*, 24, 306-309.

Souza, M., Arruda, A., Rodrigues, F., Silva, G., Santos, F. e Vasconcelos, D. (2016). Sentimentos de idosos hospitalizados pelo câncer: Expetativas sobre alta hospitalar e a influência familiar. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(10), 3720-3726.

Spencer, G. (2012). Optimism and mood induced elation and depression on task persistence and measures of mood, affect and thought. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 73, 3276.

Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Publica: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na população* (7ª ed.). Loures: Lusodidata.

Strauss, G. (1999). Diagnóstico e psiquiatria: Exame do paciente psiquiátrico. In: Kaplan HI, Sadock BJ. 6ª ed. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed. (1), 570-80.

Trentini, C., Hutz, C., Bandeira, D., Teixeira, M., Gonçalves, M. e Thomazoni A. (2009). Correlações entre a EFN - Escala Fatorial de Neuroticismo e o IFP - Inventário Fatorial de Personalidade. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 209-217.

Vaz-Serra, A. (1996). A depressão. *Pathos*, 12(5), 17-20.

Viana, M., Almeida, P. e Santos, R. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1(19), 77-92.

Vilela, R., Silva R. e Jackson, J. (2010). Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*.35(122), 289-302.

Vilelas, J. (2017). *Investigação o processo de construção do conhecimento* (2.^a ed.). Lisboa: Silabo.

Wilkinson, G., Moore, B. e Moore, P. (2003). *Tratar a Depressão*. Lisboa: Climepsi.

World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

FORMULÁRIO

Por favor responda às seguintes questões assinalando com um X

- 1- Idade ____ Anos
- 2- Sexo: Feminino Masculino
- 3- Estado Civil
Casado (a)____ Solteiro (a)____ União de facto ____
Divorciado (a)____ Viúvo (a)____
- 4- Formação Literária.
Não sabe ler e escrever ____ 1 ° Ciclo Escolar____ 2º Ciclo Escolar____
3º Ciclo Escolar____ 12º Ano____ Curso Superior____
Outro____
- 5- Situação Ocupacional (escolha apenas uma situação, aquela que melhor se ajusta ao seu caso).
Empregado (a) a tempo inteiro____ Empregado (a) a tempo parcial____
Aposentado (a) / Reformado (a)____ Desempregado (a)____
Doméstica____ Outra____
- 6- Relação com a pessoa que cuida.
Cônjuge/companheiro(a)____ Irmão(ã)____ Genro/Nora____
Filho/Filha____ Amigo (a) / Vizinho (a)____

Escala da Sobrecarga do Cuidador ESC (Sequeira, 2007)

Leia atentamente cada uma das seguintes questões, colocando um **X** no espaço que melhor corresponde o seu sentimento.

N.º	Itens	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?					
2	Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso quando tem de cuidar do seu familiar?					
4	Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?					
6	A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Pensa que o seu familiar depende de si?					
9	Sente-se esgotado por estar junto do seu familiar?					
10	Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Não se sente à vontade em convidar amigos para irem lá a casa devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Sente que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se ter manifestado?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?					

Perfil de Estados de Humor POMS (Viana, Almeida e Santos, 2001)

São apresentadas abaixo uma série de palavras que descrevem sensações que as pessoas sentem no dia-a-dia. Leia primeiro cada palavra com cuidado. Depois, assinale com uma cruz (X) a quadrícula que melhor corresponda à forma como se tem sentido ao longo dos **ULTIMOS SETE DIAS INCLUINDO O DIA DE HOJE**.

n.º	Palavra	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
1	Tenso					
2	Irritado					
3	Imprestável					
4	Esgotado					
5	Animado					
6	Confuso					
7	Triste					
8	Activo					
9	Mal-humorado					
10	Enérgico					
11	Sem valor					
12	Inquieto					
13	Fatigado					
14	Aborrecido					
15	Desencorajado					
16	Nervoso					
17	Só					
18	Baralhado					
19	Exausto					
20	Ansioso					
21	Deprimido					
22	Sem energia					
23	Miserável					
24	Desnorteado					
25	Furioso					
26	Eficaz					
27	Cheio de vida					
28	Com mau feítio					
29	Tranquilo					
30	Desanimado					
31	Impaciente					
32	Cheio de boa disposição					
33	Inútil					
34	Estourado					
35	Competente					
36	Culpado					
37	Enervado					
38	Infeliz					
39	Alegre					
40	Inseguro					
41	Cansado					
42	Apático					

Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 (Bertoquini e Pais Ribeiro, 2005)

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, nas páginas seguintes, marque com X apenas a coluna que corresponde à sua opinião. Se mudar de opinião ou se se enganar apague completamente a resposta ou, no caso de isso não ser possível, risque o errado e assinale com um X a sua resposta final. Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. Assinale **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

N.º	Frase	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1	Raramente estou triste ou deprimido(a).					
2	Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
3	A poesia pouco ou nada me diz.					
4	Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.					
5	Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.					
6	Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
7	Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
8	Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
9	A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.					
10	Sou uma pessoa muito competente.					
11	Raramente me sinto só ou abatido(a).					
12	Sou uma pessoa muito activa.					
13	Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
14	Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
15	Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.					
16	Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.					
17	Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).					
18	Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.					
19	Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
20	Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					

Avaliação da Pessoa Dependente (Índice de BARTHEL)

- 1- Idade ____ Anos
- 2- Sexo: Feminino____ Masculino__
- 3- Pontuação no índice de Barthel ____

Em cada item assinalar a opção que mais se adequa à situação da pessoa cuidada

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado para participar no estudo
“A Sobrecarga do Cuidador Informal e o seu Estado de Humor”

Hugo Miguel Ribeiro Caldeira, enfermeiro do serviço de Medicina Interna desta Unidade Local de Saúde e aluno do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, encontrando-se na fase de elaboração da Dissertação de Mestrado subordinada ao tema: "**A Sobrecarga do Cuidador Informal e o seu Estado de Humor**", orientado pelo Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo, e coorientado pelo Professor Especialista Manuel do Nascimento Silva Paulino, vem solicitar a Vossa Ex.^a, a sua participação neste estudo, que tem como objetivo **conhecer a sobrecarga e o estado de humor do cuidador informal decorrente do processo de cuidar.**

A participação no estudo é voluntaria podendo desistir a qualquer momento, sem que isso interfira com a normal assistência dos serviços de saúde.

É garantido o anonimato dos participantes no estudo e **todos os dados serão tratados de forma confidencial.**

Declaro que compreendi a informação prestada e aceito participar no estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura _____

ANEXOS

ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS

